



台北市物理治療師公會/漸凍人協會



居家物理治療服務紀錄 (民國 113 年)

個案姓名: _____ 治療師: _____ 社工: _____

月 日	第 次，時間：____:____~____:____	參與人數： 人	治療師簽章	案家簽章
	如為年度初訪或第六次服務，請於此敘述問題評估以及目標擬定			
建議： <input type="checkbox"/> 延案 <input type="checkbox"/> 調整頻率，並已於__月__日通知______社工			預計次訪：__月__日	
月 日	第 次，時間：____:____~____:____	參與人數： 人	治療師簽章	案家簽章
建議： <input type="checkbox"/> 延案 <input type="checkbox"/> 調整頻率，並已於__月__日通知______社工			預計次訪：__月__日	
月 日	第 次，時間：____:____~____:____	參與人數： 人	治療師簽章	案家簽章
建議： <input type="checkbox"/> 延案 <input type="checkbox"/> 調整頻率，並已於__月__日通知______社工			預計次訪：__月__日	
月 日	第 次，時間：____:____~____:____	參與人數： 人	治療師簽章	案家簽章
建議： <input type="checkbox"/> 延案 <input type="checkbox"/> 調整頻率，並已於__月__日通知______社工			預計次訪：__月__日	
月 日	第 次，時間：____:____~____:____	參與人數： 人	治療師簽章	案家簽章
	如為年度第五次訪視，且後續尚有服務需求，請於此欄說明。			
建議： <input type="checkbox"/> 延案 <input type="checkbox"/> 調整頻率，並已於__月__日通知______社工			預計次訪：__月__日	