

職能治療病歷記錄標準作業規範(一)

編號：AUML01-112

頁數：4-1

總頁數：4

作業目的	適用範圍	使 用 器 材、工 具	
1、清楚記載病人的病程與病情，以便醫療人員間可以互相溝通。 2、呈現醫療品質的好壞。 3、作為醫療給付的依據。 4、防止醫療糾紛。 5、提供調查研究之用。	1. 醫師轉介並經職能治療接案之病患	系統用電腦 治療相關評估或記錄表單	
		公佈日期：2020 年 10 月	2023 年 10 月第三次修訂

總頁數:4

項次	操作說明或作業流程	注意事項
<p>壹</p> <p>貳</p>	<p>執行治療作業前</p> <p>一、進行職能治療卡之資料確認：包含病患姓名、性別、年齡、診斷及治療細項等。</p> <p>二、凡提供復健職能治療服務後應於 HIS/住院或門診醫囑/復健治療記錄/職能治療項目中進行記錄</p> <p>紀錄內容區分為下列類別：</p> <p>一、接案紀錄：</p> <p>(一)為治療師接案後之首次評量紀錄，應於接案後一周內完成為原則。</p> <p>(二)記錄內容：應包含病患各項功能評估紀錄、治療目標與治療計畫。</p> <p>(三)記錄型式：應系統性描述記錄病患各項功能表現，並依序記錄設定之治療目標及對應之治療計畫。</p> <p>二、治療日誌：</p> <p>(一)針對病患每日治療項目與活動內容與以記錄</p> <p>(二)應於治療當日完成，如因故未能當日完成應於三日內補完成記錄。</p> <p>(三)記錄內容：每次治療之項目、活動或病患表現。</p> <p>三、階段治療紀錄：</p> <p>(一)為病患治療期間，定時記錄病患治療情形與進程予以記錄</p> <p>(二)住院治療病患以每半個月記錄一次為原則；門診治療病患以治療三個月紀錄一次為原則；兒童治療病患以治療一年紀錄一次為原則</p>	<p>1. 階段治療紀錄之填寫，住院病人一個月內即出院無須填寫；門診病人於三個月內療程結束亦無須填寫</p>

參	<p>(三)記錄內容：記錄病患治療期間各項功能之變化情形，包含病情之改變、治療項目變動、治療目標或治療項目之調整。</p> <p>復健治療病歷品質管制： 為確保復健治療病歷記錄品質，設立復健治療病歷審查機制。</p> <p>一、單位內部審查：</p> <p>(一)由各單位符合臨床教師資格者擔任各單位病歷審查人員。</p> <p>(二)每三個月由治療病歷紀錄中抽選1份(含接案紀錄、治療日誌、階段治療紀錄各一份)，進行審查</p> <p>(三)將優缺點予以記錄於各單位「病歷自主審查報告單」留存;併影印一份交由受審之治療師針對缺失檢討改進。</p>	
		公佈日期：2020年10月 2023年10月第三次修訂

總頁數:4

異常狀況	發生原因	處理對策
<p>1、治療師無法於規定時間內進行紀錄</p>	<p>1、病患狀況欠佳（含體力、動機、合作度）無法於時限內評估完畢並記錄。                      2、電腦相關系統異常，無法進行病歷紀錄作業時。                      3、病患在未先告知原因情形下緊急或突然出院或停止治療。</p>	<p>1、治療師可以依照評估進度進行暫存記錄，等到完全評估完畢再進存檔列印動作                      2、治療師可以敘述病患情形，並將無法完成評估原因進行記錄                      3、因電腦相關系統異常，無法進行病歷紀錄作業時，治療師應先進行紙本記錄，等到電腦系統恢復後再進行電子病歷紀錄                      4、針對病患在未先告知原因情形下緊急或突然出院或停止治療。治療師可依當時已進行之評估或治療進度進行記錄即可。</p>
		<p>公佈日期：2020年10月                      2023年10月第三次修訂</p>