

中華民國物理治療學會

物理治療評估電子病歷試用同意書

申請人姓名：_____

物理治療學會會員編號：_____

申請試用中華民國物理治療學會與台大物理治療學系廖華芳老師共同擁有之物理治療評估電子病歷，同意於申請試用兩個月內書面回報試用之優缺點，並提供二至三名不同類別個案之試用病歷(不含個案姓名與身分字號之基本資料)供修正電子病歷之參考。

本人申請之物理治療評估電子病歷將僅供本人試用，若有複製情形將負法律責任。本人了解目前此版本僅在試用階段，因此僅為臨床教學與臨床服務之用，其資料將不對外公開；若因使用此電子病歷造成任何問題概由本人自行負責。

學會收到本人寄回之試用意見書以及試用病歷後，若有更新版本將主動寄發本人，無須再提申請。

申請人工作單位：

申請人簽名：

聯絡電話：

聯絡地址：

申請人 e-mail 地址：

申請日期： 年 月 日

社團法人中華民國物理治療學會
105 台北市松山區八德路二段 374 號三樓之三
電話：02-27719631
傳真：02-27719634
e-mail：ptaroc@ptaroc.org.tw
網址：www.ptaroc.org.tw