

醫事服務機構申請為全民健康保險特約物理治療所填表須知

壹：申請書部分

- 一、申請物理治療所名稱及印章應與當地衛生主管機構核准登記之名稱完全相同。
- 二、物理治療所開業地址應與當地衛生主管機關核准登記之地址完全相同。

貳：醫事服務機構基本資料表部分

- 一、物理治療所代號為當地衛生主管機關發給，請向當地衛生主管機關申請後填入。
- 二、負責物理治療師執業年資欄請填最近二年執業經歷。
- 三、物理治療空間面積欄請按實際使用面積填寫，並檢附物理治療空間平面圖。
- 四、物理治療人員簡歷表欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。
- 五、物理治療人員類別欄請填物理治療師或物理治療生，並檢附執業執照、身分證正反面影本。
- 六、醫事服務機構性質勾選合夥者，應檢附經法院或民間之公證人公證之合夥文件影本（應註明與正本相符）。
- 七、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。

參：其他：

- 一、申請書郵寄送件以郵戳日為憑。
- 二、申請資料填寫不完整者，不予受理。
- 三、須至各業務組辦理成立投保單位。
- 四、申請書表收件單位如下：

| 醫事服務機構所在縣市 | 收件單位 | 地址 | 電話 |
|-----------------------|---------------------------------------|---------------|---------------|
| 臺北市、新北市、宜蘭縣、基隆市、金門、馬祖 | 衛生福利部中央健康保險署 臺北業務組(壽德大樓辦公室) | 臺北市許昌街17號8樓 | (02)2348-6755 |
| 桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣 | 衛生福利部中央健康保險署 北區業務組 | 中壢市中山東路3段525號 | (03)433-9111 |
| 臺中市、彰化縣、南投縣 | 衛生福利部中央健康保險署 中區業務組 | 臺中市市政北一路66號 | (04)2258-3988 |
| 雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市 | 衛生福利部中央健康保險署 南區業務組 | 臺南市公園路96號 | (06)224-5678 |
| 高雄市、屏東縣、澎湖縣 | 衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組 | 高雄市九如二路157號 | (07)323-3123 |
| 花蓮縣、臺東縣 | 衛生福利部中央健康保險署 東區業務組 | 花蓮市軒轅路36號 | (03)833-2111 |

全民健康保險特約物理治療所申請書

茲擬承辦全民健康保險物理治療業務，特檢具「全民健康保險特約物理治療所基本資料表」執業證明（含開業執照、執業執照、物理治療師證書及身分證正反面）註明與正本相符之影本文件各乙份，申請為全民健康保險特約物理治療所，請惠予受理。

申請類別 & 辦理業務：機構式：復健業務 居家物理治療
居家式：居家物理治療

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請物理治療所名稱：

負責物理治療師：

簽章：

負責人印章

機構印章

物理治療所地址：

縣市 市鎮 村 街
鄉區 弄 里 路
段 巷 弄 號 樓之

負責物理治療師戶籍地址：

縣市 市鎮 村 街
鄉區 弄 里 路
段 巷 弄 號 樓之

負責物理治療師通訊地址

縣市 市鎮 村 街
鄉區 弄 里 路
段 巷 弄 號 樓之

中華民國 年 月 日

全民健康保險特約物理治療所基本資料表

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|---|--|----------|---------|------|--------------|--|--------|-------|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 物理治療所名稱 | | | | | | | | | | | 代號 | | | | | | | | | | |
| 開業執照地址 | 縣市 | 鄉鎮市區 | 路街 | 段 | 巷 | 弄 | 號 | | | | | | | | | | | | | | |
| 負責物理治療師 | 出生年月日 | | | 年 月 日 | | | 最近開業日期 | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 身分證號 | | | | | | | | | | | | 最近開業執照號碼 | | | | | | | | | |
| 負責物理治療師執業年資 | 計 年 | | | 物理治療空間面積 | | | 計 坪 | | | | | | | | | | | | | | |
| 執業資料 | 執業地點 | | 執業場所名稱 | | | | 執業起迄日期 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 市縣 | 市區鄉鎮 | | | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 市縣 | 市區鄉鎮 | | | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 市縣 | 市區鎮鄉 | | | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 設備資料 | 簡單治療設備 | | <input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表) | | | | 複雜治療設備 | | | | <input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表) | | | | | | | | | | |
| | 中度治療設備 | | <input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表) | | | | 物理治療評估 | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | |
| 治療人員資料 | 類別 | 姓名 | 出生年月日 | | | 身分證號 | | | 執業執照號碼 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>一、本 <input type="checkbox"/>負責人 <input type="checkbox"/>未涉有 <input type="checkbox"/>機構 <input type="checkbox"/>涉有 醫療管理相關法規違規情事，目前 <input type="checkbox"/>已結案。 <input type="checkbox"/>未</p> <p>二、違規事實概要：</p> <p style="text-align: center;">中 華 民 國 年 月 日</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他基本資料 | 性質 | <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 財團法人 <input type="checkbox"/> 社團法人 <input type="checkbox"/> 私立(<input type="checkbox"/> 合夥 <input type="checkbox"/> 獨資) <input type="checkbox"/> 醫療機構附設 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 單位所得稅統一編號 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話號碼 | 傳真號碼 | | | 負責人手機號碼 | | | | | | | | | | | | | | | | |

機構型填寫，居家型免填

全民健康保險特約物理治療所設備及治療項目調查表

特約醫療機構代號 _____ 特約醫療機構名稱： _____

填表日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--------------------------------|-----|---------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|-------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|-------------------------------|-----|---------------------------------|-----|--------------------------------|-----|----------------------------------|-----|--------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|------------------------------------|-----|--------------------------------|-----|--------------------------------|-----|------------------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|------------------------------------|-----|------------------------------|-----|---------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------------|-----|--------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|------------------------------|-----|-------------------------------|-----|------------------------------|-----|-------------------------------|-----|------------------------------|-----|-------------------------------|-----|-----------------------------|-----|----------------------------------|-----|------------------------------|-----|--------------------------------|-----|------------------------------|-----|-----------------------------|-----|------------------------------|-----|-----------------------------|-----|-----------------------------------|-----|--------------------------------|-----|------------------------------|-----|--------------------------------|-----|----------------------------------|-----|-------------------------------------|-----|----------------------------------|-----|------------------------------------|-----|--|-----|---------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|---------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|----------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|----------------------------------|-----|------------------------------|-----|------------------------------|-----|------------------------------|-----|------------------------------|-----|-----------------------------|-----|------------------------------|-----|------------------------------|-----|------------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|---|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|--|-----------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--|
| <p>物理治療設備：</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 頸部牽引裝置</td> <td style="width: 15%;">數量：</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 微波治療器</td> <td style="width: 15%;">數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腰部牽引裝置</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 向量干擾波治療器</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 冷敷裝置</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 經皮神經電刺激器</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 熱敷裝置</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 高伏特刺激器</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 紅外線照燈</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 低能雷射治療器</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 石蠟浴裝置</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 紫外線照燈及附件</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 超音波治療器及附件</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 磁場治療器</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 短波治療器</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 促進循環波動治療器</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量：</td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border: none; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 肌肉電刺激器及附件</td> <td style="width: 15%;">數量：</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 血壓計</td> <td style="width: 15%;">數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 固定或活動式上肢水療裝置</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 可調式三節治療床組</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 固定或活動式下肢水療裝置</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 姿勢矯正鏡</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 哈博氏全身水療槽</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 治療鏡</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 治療床組</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 治療球</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 治療鋪墊</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 站立架</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 懸吊床組</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 滑板</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 牽拉固定帶或棍</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 平衡桿</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 滑輪重量組</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 搖晃板</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 肩輪</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 助行器</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 指梯</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 等速肌力訓練系統</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 分隔欄架組</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 急救車</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腕部訓練組</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 心電圖監視系統</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 手部內、外旋訓練裝置</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 血氧飽和偵測儀</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 手動或電動式傾斜床</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 三節式姿位引流床或一般治療床組</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 砂袋或啞鈴組</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 簡易肺功能測量儀</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 阻力橡皮帶組</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 吸吐氣口壓測量器</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 手臂肌力訓練器</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 呼吸訓練皮帶、球</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 股四頭肌訓練器</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 節拍器</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腳踏車</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 斜坡道</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 手搖車</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 樓梯</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 跑步機</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/> 障礙板</td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 計時器</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 平行桿走道</td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量：</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量：</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> 頸部牽引裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 微波治療器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 腰部牽引裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 向量干擾波治療器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 冷敷裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 經皮神經電刺激器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 熱敷裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 高伏特刺激器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 紅外線照燈 | 數量： | <input type="checkbox"/> 低能雷射治療器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 石蠟浴裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 紫外線照燈及附件 | 數量： | <input type="checkbox"/> 超音波治療器及附件 | 數量： | <input type="checkbox"/> 磁場治療器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 短波治療器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 促進循環波動治療器 | 數量： | <input type="checkbox"/> | 數量： | <input type="checkbox"/> | 數量： | <input type="checkbox"/> 肌肉電刺激器及附件 | 數量： | <input type="checkbox"/> 血壓計 | 數量： | <input type="checkbox"/> 固定或活動式上肢水療裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 可調式三節治療床組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 固定或活動式下肢水療裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 姿勢矯正鏡 | 數量： | <input type="checkbox"/> 哈博氏全身水療槽 | 數量： | <input type="checkbox"/> 治療鏡 | 數量： | <input type="checkbox"/> 治療床組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 治療球 | 數量： | <input type="checkbox"/> 治療鋪墊 | 數量： | <input type="checkbox"/> 站立架 | 數量： | <input type="checkbox"/> 懸吊床組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 滑板 | 數量： | <input type="checkbox"/> 牽拉固定帶或棍 | 數量： | <input type="checkbox"/> 平衡桿 | 數量： | <input type="checkbox"/> 滑輪重量組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 搖晃板 | 數量： | <input type="checkbox"/> 肩輪 | 數量： | <input type="checkbox"/> 助行器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 指梯 | 數量： | <input type="checkbox"/> 等速肌力訓練系統 | 數量： | <input type="checkbox"/> 分隔欄架組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 急救車 | 數量： | <input type="checkbox"/> 腕部訓練組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 心電圖監視系統 | 數量： | <input type="checkbox"/> 手部內、外旋訓練裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 血氧飽和偵測儀 | 數量： | <input type="checkbox"/> 手動或電動式傾斜床 | 數量： | <input type="checkbox"/> 三節式姿位引流床或一般治療床組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 砂袋或啞鈴組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 簡易肺功能測量儀 | 數量： | <input type="checkbox"/> 阻力橡皮帶組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 吸吐氣口壓測量器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 手臂肌力訓練器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 呼吸訓練皮帶、球 | 數量： | <input type="checkbox"/> 股四頭肌訓練器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 節拍器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 腳踏車 | 數量： | <input type="checkbox"/> 斜坡道 | 數量： | <input type="checkbox"/> 手搖車 | 數量： | <input type="checkbox"/> 樓梯 | 數量： | <input type="checkbox"/> 跑步機 | 數量： | <input type="checkbox"/> 障礙板 | 數量： | <input type="checkbox"/> 計時器 | 數量： | <input type="checkbox"/> | 數量： | <input type="checkbox"/> 平行桿走道 | 數量： | <input type="checkbox"/> | 數量： | <input type="checkbox"/> | 數量： | <input type="checkbox"/> | 數量： | <p>擬實施之物理治療項目：</p> <p>簡單治療項目：</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTS1 牽引</td> <td><input type="checkbox"/> PTS2 治療性冷\熱敷</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTS3 紅外線</td> <td><input type="checkbox"/> PTS4 石蠟浴</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTS5 超音波</td> <td><input type="checkbox"/> PTS6 短波</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTS7 微波</td> <td><input type="checkbox"/> PTS8 向量干擾</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTS9 經皮神經電刺激</td> <td><input type="checkbox"/> PTS10 超高頻</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTS11 低能雷射治療</td> <td><input type="checkbox"/> PTS12 紫外線</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTS13 磁場治療</td> <td><input type="checkbox"/> PTS14 循環治療</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTS15 其他</td> <td></td> </tr> </table> <p>中度治療項目：</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTM1 肌肉電刺激</td> <td><input type="checkbox"/> PTM2 上肢水療</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTM3 下肢水療</td> <td><input type="checkbox"/> PTM4 全身水療</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTM5 被動性關節運動</td> <td><input type="checkbox"/> PTM6 牽拉運動</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTM7 運動治療</td> <td><input type="checkbox"/> PTM8 傾斜台訓練</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTM9 肌力訓練</td> <td><input type="checkbox"/> PTM10 耐力訓練</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTM11 按摩</td> <td><input type="checkbox"/> PTM12 鬆動術</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTM13 姿態訓練(含步態訓練及姿勢訓練)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTM14 其他</td> <td></td> </tr> </table> <p>複雜治療項目：</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTC1 促進技術</td> <td><input type="checkbox"/> PTC2 平衡訓練</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTC3 義肢訓練</td> <td><input type="checkbox"/> PTC4 等速肌力訓練</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTC5 心肺功能訓練</td> <td><input type="checkbox"/> PTC6 行走訓練</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PTC7 其他</td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> 物理治療評估</p> | <input type="checkbox"/> PTS1 牽引 | <input type="checkbox"/> PTS2 治療性冷\熱敷 | <input type="checkbox"/> PTS3 紅外線 | <input type="checkbox"/> PTS4 石蠟浴 | <input type="checkbox"/> PTS5 超音波 | <input type="checkbox"/> PTS6 短波 | <input type="checkbox"/> PTS7 微波 | <input type="checkbox"/> PTS8 向量干擾 | <input type="checkbox"/> PTS9 經皮神經電刺激 | <input type="checkbox"/> PTS10 超高頻 | <input type="checkbox"/> PTS11 低能雷射治療 | <input type="checkbox"/> PTS12 紫外線 | <input type="checkbox"/> PTS13 磁場治療 | <input type="checkbox"/> PTS14 循環治療 | <input type="checkbox"/> PTS15 其他 | | <input type="checkbox"/> PTM1 肌肉電刺激 | <input type="checkbox"/> PTM2 上肢水療 | <input type="checkbox"/> PTM3 下肢水療 | <input type="checkbox"/> PTM4 全身水療 | <input type="checkbox"/> PTM5 被動性關節運動 | <input type="checkbox"/> PTM6 牽拉運動 | <input type="checkbox"/> PTM7 運動治療 | <input type="checkbox"/> PTM8 傾斜台訓練 | <input type="checkbox"/> PTM9 肌力訓練 | <input type="checkbox"/> PTM10 耐力訓練 | <input type="checkbox"/> PTM11 按摩 | <input type="checkbox"/> PTM12 鬆動術 | <input type="checkbox"/> PTM13 姿態訓練(含步態訓練及姿勢訓練) | | <input type="checkbox"/> PTM14 其他 | | <input type="checkbox"/> PTC1 促進技術 | <input type="checkbox"/> PTC2 平衡訓練 | <input type="checkbox"/> PTC3 義肢訓練 | <input type="checkbox"/> PTC4 等速肌力訓練 | <input type="checkbox"/> PTC5 心肺功能訓練 | <input type="checkbox"/> PTC6 行走訓練 | <input type="checkbox"/> PTC7 其他 | |
| <input type="checkbox"/> 頸部牽引裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 微波治療器 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 腰部牽引裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 向量干擾波治療器 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 冷敷裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 經皮神經電刺激器 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 熱敷裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 高伏特刺激器 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 紅外線照燈 | 數量： | <input type="checkbox"/> 低能雷射治療器 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 石蠟浴裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 紫外線照燈及附件 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 超音波治療器及附件 | 數量： | <input type="checkbox"/> 磁場治療器 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 短波治療器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 促進循環波動治療器 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 數量： | <input type="checkbox"/> | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 肌肉電刺激器及附件 | 數量： | <input type="checkbox"/> 血壓計 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 固定或活動式上肢水療裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 可調式三節治療床組 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 固定或活動式下肢水療裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 姿勢矯正鏡 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 哈博氏全身水療槽 | 數量： | <input type="checkbox"/> 治療鏡 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 治療床組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 治療球 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 治療鋪墊 | 數量： | <input type="checkbox"/> 站立架 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 懸吊床組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 滑板 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 牽拉固定帶或棍 | 數量： | <input type="checkbox"/> 平衡桿 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 滑輪重量組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 搖晃板 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 肩輪 | 數量： | <input type="checkbox"/> 助行器 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 指梯 | 數量： | <input type="checkbox"/> 等速肌力訓練系統 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 分隔欄架組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 急救車 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 腕部訓練組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 心電圖監視系統 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 手部內、外旋訓練裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 血氧飽和偵測儀 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 手動或電動式傾斜床 | 數量： | <input type="checkbox"/> 三節式姿位引流床或一般治療床組 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 砂袋或啞鈴組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 簡易肺功能測量儀 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 阻力橡皮帶組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 吸吐氣口壓測量器 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 手臂肌力訓練器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 呼吸訓練皮帶、球 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 股四頭肌訓練器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 節拍器 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 腳踏車 | 數量： | <input type="checkbox"/> 斜坡道 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 手搖車 | 數量： | <input type="checkbox"/> 樓梯 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 跑步機 | 數量： | <input type="checkbox"/> 障礙板 | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 計時器 | 數量： | <input type="checkbox"/> | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 平行桿走道 | 數量： | <input type="checkbox"/> | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 數量： | <input type="checkbox"/> | 數量： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTS1 牽引 | <input type="checkbox"/> PTS2 治療性冷\熱敷 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTS3 紅外線 | <input type="checkbox"/> PTS4 石蠟浴 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTS5 超音波 | <input type="checkbox"/> PTS6 短波 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTS7 微波 | <input type="checkbox"/> PTS8 向量干擾 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTS9 經皮神經電刺激 | <input type="checkbox"/> PTS10 超高頻 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTS11 低能雷射治療 | <input type="checkbox"/> PTS12 紫外線 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTS13 磁場治療 | <input type="checkbox"/> PTS14 循環治療 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTS15 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTM1 肌肉電刺激 | <input type="checkbox"/> PTM2 上肢水療 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTM3 下肢水療 | <input type="checkbox"/> PTM4 全身水療 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTM5 被動性關節運動 | <input type="checkbox"/> PTM6 牽拉運動 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTM7 運動治療 | <input type="checkbox"/> PTM8 傾斜台訓練 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTM9 肌力訓練 | <input type="checkbox"/> PTM10 耐力訓練 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTM11 按摩 | <input type="checkbox"/> PTM12 鬆動術 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTM13 姿態訓練(含步態訓練及姿勢訓練) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTM14 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTC1 促進技術 | <input type="checkbox"/> PTC2 平衡訓練 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTC3 義肢訓練 | <input type="checkbox"/> PTC4 等速肌力訓練 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTC5 心肺功能訓練 | <input type="checkbox"/> PTC6 行走訓練 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PTC7 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |