

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段
488號

聯絡人：吳小姐

聯絡電話：(02)8590-6666 分機：7392

傳真：(02)8590-7087

電子郵件：mderinwu@mohw.gov.tw

受文者：嘉義市政府衛生局

發文日期：中華民國115年8月7日

發文字號：衛部醫字第1151667561號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：重申病人無法簽具手術、麻醉、侵入性檢查或治療同意書時，其法定代理人、配偶、親屬或關係人均可簽具之，併請轉知所轄醫療機構，請查照。

說明：

- 一、依據內政部115年6月9日台內宗字第11505615943號函辦理。
- 二、按醫療法第63條第1項及第64條第1項規定，醫療機構實施手術、麻醉、中央機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意與簽具同意書後，始得為之，但情況緊急者，不在此限。本項規定規範意旨，在於要求醫療機構之醫事人員應踐行告知義務，並取得病人或家屬、代理人、關係人同意後，始得實施前開規定處置。另前開人員均可簽署同意書，並無優先順序之概念。
- 三、另有關上開說明所稱「關係人」，依本部105年10月18日衛部醫字第1051667240號函，係指與病人有特別密切關係之

總收文 115/08/07

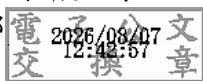


1152709228

人，或依法令或契約對病人負有保護義務之人；其身分認定及旨揭同意書之簽具，則請依前開規定辦理。

正本：地方政府衛生局

副本：內政部



裝

訂

線

