

# 雲林縣中醫師公會 函

會址：斗六市雲林路2段211號6樓之10.11

電話：(05)5354088

傳真：(05)5332336

E-mail：ylcm@seed.net.tw

聯絡人：江佩容

受文者：本會會員

發文日期：中華民國 107 年 9 月 3 日

發文字號：(107)雲縣中醫邦字第 194 號

速別：

密等及解密條件：

附件：乙件

主旨：轉知有關手術、麻醉同意書手術負責醫師及麻醉醫師簽名疑  
義一案，請 查照。

說明：依據雲林縣衛生局 107 年 8 月 28 日雲衛醫字第 1070017051  
號函辦理。

**理事長黃上邦**

檔 號：

保存年限：

107年8月31日

收字第 303 號

## 雲林縣衛生局 函

機關地址：雲林縣斗六市府文路34號  
聯絡人及電話：廖亦菁 (05) 5328427  
傳真電話：(05) 5344076  
電子郵件信箱：

64041

雲林縣斗六市雲林路2段211號6樓之10

受文者：雲林縣中醫師公會

發文日期：中華民國107年8月29日

發文字號：雲衛醫字第1070017319號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關手術、麻醉同意書手術負責醫師及麻醉醫師簽名疑義一案，經衛生福利部釋示如說明，請貴會轉知所屬會員，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部107年8月27日衛部醫字第1071665734號函辦理。
- 二、按醫療法第63條第1項規定「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。」之主要意旨在於課予醫療機構之醫事人員踐行告知程序，以取得病人或其家屬、代理人、關係人同意之義務。
- 三、承上，旨揭同意書之手術負責醫師或麻醉醫師若確認已盡告知後同意之義務，無需拘泥以簽名或蓋章方式為之。

正本：社團法人雲林縣醫師公會、社團法人雲林縣牙醫師公會、雲林縣中醫師公會、雲林縣診所協會

副本：本縣轄內各醫院、各鄉鎮市衛生所、本局醫政科

局長 吳昭軍