



低強度雷射治療儀使用評估

醫療機構		執行醫師 代碼	
病人代碼		性別	
		年齡	
執行部位		使用日期	年 月 日
		回報日期	年 月 日

監視 項目	不良反應	是否發生	說明： 如發生不良反應部位、發生時間、持續時間、 處理方式及結果
1	紅腫	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2	疼痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3	刺痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4	麻木感	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
5	燙傷	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
6	搔癢	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
7	其他，請說明：		