

九十八年十一月台灣醫學會第102屆總會-證明書的寫法與相關法律問題

內兒科系證明書

王志嘉醫師

三軍總醫院家庭暨社區醫學部
國防醫學院醫學系講師
醫策會醫療法律&病歷教材編輯委員
台大醫學士、東吳法學碩士,博士班



內兒科系證明書相關法律問題

- 病歷定義及其與法律文書的關係
- 開立死亡證明書相關法律問題
- 開立巴氏量表或殘障鑑定的法律問題
- 檢查、檢驗報告的名義人與修改
- DNR意願書與同意書相關法律問題
- 爭議案件探討與小結

「病歷的定義」

廣義的病歷定義：以醫療法第67條為主

醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。

前項所稱病歷，應包括下列各款之資料：

一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。

二、各項檢查、檢驗報告資料。

三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄。

醫院對於病歷，應製作各項索引及統計分析，以利研究及查考。

不限於此，尚包括其他醫療專業行政法規。

醫療法上的各類病歷是否均為法律上的文書？

依照通說，文書必須同時具備文字性、有體性、意思性、名義性、與持續性等五個要件。

臨床工作中各類的醫療記錄、表單、或檢查等，通常符合文字性、有體性以及持續性等要件，故判斷病歷是否為刑法的文書的關鍵在於名義性與意思性。

【問題】

檢查、檢驗資料是否為法律的文書？

醫療法上的各類病歷是否均為法律上的文書？

- 名義人的認定，通常以署名作為判斷。
- 若無清楚具體的署名，但是依照法律、習慣、或約定，或從文書內容的整體關連性(包括文書之內容、文體、筆跡或文書的附屬物等各種情狀)，只要能達到足以個別化的效果即可。
- 例如：某大廈管理委員會所印製的停車證、食品檢驗合格標章以及汽機車車牌等，雖無署名，但仍可推知名義人。

病歷(證明書)記載與刑法偽造文書罪章

偽造 (210/211)

偽造是指，無中生有，有創造性。

偽造文書，乃指無製作權之人，製作虛偽的文書而言。所謂虛偽的文書，謂非出自文書上所示的作成名義人的文書，亦即對外足以詐騙作成名義人的同一性的文書。

變造 (210/211)

乃指無製作權之人，在既有的基礎上，做數量或品質的更動，可能是「多變

病歷(證明書)記載與刑法偽造文書罪章

少」、「少變多」、或是「意義或內容的改寫」。

【區別】：「有變無」，為毀損；「本質變更或具有創造性」，應屬偽造。

登載不實 (215)

製作權人，但登載之內容不實。

名詞釋疑

- 修改：製作權人，依法定方式修改。
- 竄改：製作權人，登載與事實不合的內容。
(與刑法第215條相關)

「記載與修改病歷的法律問題 I」

- 依醫療法第68條規定：「醫療機構應督導其所屬醫事人員於執行業務時，親自記載病歷或製作紀錄，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。
- 前項病歷或紀錄如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日；刪改部分，應以畫線去除，不得塗燬。
- 醫囑應於病歷載明或以書面為之。但情況急迫時，得先以口頭方式為之，並於二十四小時內完成書面紀錄。」

「記載與修改病歷的法律問題II」

七十六歲的王先生，前往某醫學中心接受自費的全身健康檢查，經甲醫師胃鏡檢查發現有胃潰瘍，其後王先生於門診追蹤時，曾多次詢問甲醫師是否應該進行胃鏡切片檢查，但甲醫師建議先行服用胃潰瘍藥物四個月後再追蹤胃鏡。三個月後王先生體重開始下降，甲醫師為其安排胃鏡及切片檢查，發現王先生罹患胃腺細胞癌，王先生接受了手術及化學治療，但仍然不幸於一年後死亡。

該案進入訴訟程序，醫院所提供的病歷記錄中，比家屬於偵查程序中影印的病歷紀錄多出了「病患拒絕切片檢查、病患想先吃藥」等敘述，法院認定該敘述無效，判決甲醫師未及時向王先生充分解釋切片檢查之必要性以及不檢查之危險性，而判決有所過失。

內兒科系證明書相關法律問題

- 病歷定義及其與法律文書的關係
- 開立死亡證明書相關法律問題
- 開立巴氏量表或殘障鑑定的法律問題
- 檢查、檢驗報告的名義人與修改
- DNR意願書與同意書相關法律問題
- 爭議案件探討與小結

開立死亡證明書與醫師親自驗屍義務

醫師甲，擔任某醫學中心急診部加護病房住院醫師，於病人病逝於加護病房時不在現場，亦未親自驗屍，即掣給死亡證明書，且病人之子乙認為病人本身無自發性呼吸能力，係因當日加護病房內無值班醫師，也無呼吸器，導致死亡，醫師甲卻在死亡證明書上記載死因為「肺炎合併敗血性休克」，乙認為，甲違反醫師法第十一條之一之親自驗屍原則，且涉有刑法第二百十三條之公務員登載不實之罪，因而提起了刑事自訴。

開立死亡證明書與醫師親自驗屍義務

【案例爭點】

- 親自驗屍原則，與開立死亡證明書的關係
- 死亡證明書開立所涉及的相關問題
 - 瀕死病人自動離院後死亡，如何開立死亡證明書？
 - 死亡原因(死因)應該如何記載？
- 是否得拒絕開立死亡證明書
 - 法定所賦予得免開立的事由為何？

醫師法第十一條之一醫師親自驗屍義務的規定

- 醫師非親自檢驗屍體，不得交付死亡證明書或死產證明書。
- 衛生署行政函釋及司法實務向來認為，有關醫師法第11-1條醫師「親自驗屍原則」的立法意旨，在於規範醫師應在能依醫學專業確定死亡的事實，並臆斷死亡原因的條件下，始得交付死亡證明書或死產證明書，故醫師根據先前宣告病人死亡後的病歷記載，據實予以填寫，並交付死亡證明書，即符合醫師法第11-1條的規定。

醫師開立死亡證明書的相關問題-親自驗屍

1. 醫師診察
2. 親自驗屍

醫師在病人自動離院前，開立一般診斷證明書，必要時並提供相關病歷資料，嗣病人死亡後，病人家屬可依醫療法施行細則第53條第3項規定，由「所在地衛生所」或所在地直轄市或縣（市）主管機關「指定的醫療機構」檢驗屍體，掣給死亡證明書。

3. 因病死亡
4. 開立方式（權責醫院）
5. 死因填寫

醫師開立死亡證明書的相關問題-開立方式

- 診治病人死亡

- 就診途中死亡或是到院時死亡 (DOA)

應參考原診治醫院、診所的病歷記載內容，於檢驗屍體後，掣給死亡證明書。

- 轉診途中死亡

應參考原診治醫院、診所的病歷記載內容，於檢驗屍體後，掣給死亡證明書。

- 其他情形死亡：自動離院後死亡等情形

醫師開立死亡證明書的相關問題-死因填寫

從醫療實務的觀點，死因的填寫應依據國際標準以及衛生署的函釋填寫，亦即應依照世界衛生組織**1975年國際疾病傷害及死亡分類表**所訂詳細分類表填列死亡原因。

根據**2004年國家衛生研究院醫療保健政策研究組**研究員溫啟邦的調查，死亡證明書上僅記載「**心肺衰竭**」、「**呼吸衰竭**」、「**老衰**」、「**猝死**」及「**到院前死亡**」等，沒有加註載明相關病因，被歸類為「**診斷欠明**」，目前每十五人中就有一人屬於死的「**不明不白**」，此部分不僅無法了解病人真正死因，容易衍生醫療糾紛，也防礙國家政策之制定。

醫師開立死亡證明書的相關問題-死因填寫

從司法實務的觀點，黃清濱醫師/律師曾撰文指出「在司法實務上，曾有檢察官認為死亡之病人若未曾經解剖驗斷，必須在死因欄加上『疑似』等字眼，而且在死亡原因確立後必須加以更正，否則恐有業務登載不實的問題(因為醫師自己也知道死因是無法確定的)，雖然與醫學實務之操作有扞格，惟在法律上並非全然無據，醫界可以省思此一問題。」

醫師開立死亡證明書的開立與拒絕

在無法令規定不可開立的情形，只要醫師親自診察病人或驗屍，是可以開立相關診斷書或死亡證明書。

在醫療上，常見法令規定的理由，包括：(1) 病人為「非病死或可疑為非病死」，應透過司法相驗，此時不得開具；(2) 病人罹患「傳染病或疑似罹患傳染病」，醫師在開具時應依照傳染病防治的規定予以通報，必要時並應經當地主管機關證實。

開立死亡證明書與醫師親自驗屍義務-小結

醫師甲，於病人病逝於加護病房時，雖不在現場，亦未親自驗屍，惟其死亡證明書，係根據值班醫師的病歷記載據實填寫而掣給，並不違反醫師法第11-1條親自驗屍原則以及衛生署之行政解釋。

病人之子乙，認為病人死因應記載「加護病房內無值班醫師，也無呼吸器，而死於呼吸衰竭」，而不是醫師甲在死亡證明書上所記載死因為「肺炎合併敗血性休克」

開立死亡證明書與醫師親自驗屍義務-小結

- 由於死因之記載係依據世界衛生組織之標準以及衛生署相關函釋，應以「死亡病因」為主，而非記載「死亡機轉、症狀、或當時病況」。
- 故醫師甲於死亡證明書的記載並無不實之處，惟若有必要，醫師甲可於死因「肺炎合併敗血性休克」，前面加上「疑似」字樣，以避免爭議。

內兒科系證明書相關法律問題

- 病歷定義及其與法律文書的關係
- 開立死亡證明書相關法律問題
- 開立巴氏量表或殘障鑑定的法律問題
- 檢查、檢驗報告的名義人與修改
- DNR意願書與同意書相關法律問題
- 爭議案件探討與小結

「開立巴氏量表或殘障鑑定的法律問題」

丙醫師，是署立醫院主治醫師，因知國人對家庭外籍看護工需求殷切，且部分受看護人所罹患病症非規定的「特定病症」，或病情未達巴氏量表30分以下的程度，以致未能取得勞委會聘僱家庭外籍看護工的許可，認為有機可乘且有利可圖，竟基於業務登載不實文書的概括犯意，利用機會向仲介業者表示願意以每張1萬元的代價，協助開立雇主申請聘僱家庭外籍看護工專用診斷證明書，而將此不實事項登載於其業務上所製作的文書，並交付予在場的知情仲介業者或受看護人的家屬，足以生損害於勞委會對家庭外籍看護工管理的正確性、該署立醫院開具診斷證明書的正確性。嗣因檢察官接獲檢舉，指揮調查站進行偵查，當場查獲並經檢察官偵查起訴。

開立巴氏量表或殘障鑑定相關法律問題

【爭點】

1. 巴氏量表或殘廢診斷書應如何開立？
2. 若醫師拒絕開立或是開立不實，所涉及的法律責任為何？

醫師法第17條規定，醫師如無法令規定之理由，不得拒絕診斷書、出生證明書、死亡證明書、或死產證明書之交付。

醫療法第76條規定，醫院、診所如無法令規定之理由，對其診治之病人，不得拒絕開給出生證明書、診斷書、死亡證明書或死產證明書。

開立巴氏量表或殘障鑑定相關法律問題

- 巴氏量表的開立，著重病人的身體功能，由於身體功能是變動的，而且不易有客觀的評估工具，甚至有偽裝的可能性。
- 要正確的開立巴氏量表，除了要參考先前的診斷，以及過去相關的就診紀錄，更重要的是在開立時，病人必須親自到診，醫師應觀察病人與家人互動的情形，這與一般的診斷書可依據病人先前疾病的診斷據實騰寫並不相同。

開立巴氏量表或殘障鑑定相關法律問題

- 查『勞工保險殘廢診斷書』並非一般的診斷書，需於符合開立該診斷書所規定的條件時，醫院始得依據病人病情疾病歷記載具實開立。
- 如因不符規定的條件，致醫院無從開立該種診斷書；或因檢查結果無法確認殘廢詳況，致醫院不能以目前所得的結果開立該種診斷書，核與法令規定尚無不符。
- 開立的先決條件，必須其生活無法自理或是殘廢程度符合開立的要件，始有開立此類診斷書的可能性，故拒絕開立未違反相關的規定。

開立巴氏量表或殘障鑑定相關法律問題

案例的醫師丙，若開立不實的巴氏量表，除違反醫師法第28條之4第5款規定，可能受到罰鍰、並併處限制執業範圍、停業處分、廢止其執業執照、或廢止醫師證書等懲戒處分。

此外，醫師丙為從事業務之人，明知為不實事項，而登載於其業務上所作的文書，已足以生損害於公眾及他人，也成立刑法第215條文書登載不實罪的刑事責任。

內兒科系證明書相關法律問題

- 病歷定義及其與法律文書的關係
- 開立死亡證明書相關法律問題
- 開立巴氏量表或殘障鑑定的法律問題
- 檢查、檢驗報告的名義人與修改
- DNR意願書與同意書相關法律問題
- 爭議案件探討與小結

檢查檢驗報告的名義人與修改-1

病理報告、放射報告、侵入性檢查或治療（胃鏡、大腸直腸鏡、心導管檢查、……）等報告，此類報告直接診斷或是具有侵入性，通常由醫師親自完成診斷並發出報告，故其病歷（文書）的作成名義人為該醫師，該醫師係唯一有權的修改者。

若該醫師親自修改除非更改的內容不實，否則醫師不會構成刑法的偽變造文書或登載不實罪。

檢查檢驗報告的名義人與修改-2

超音波檢查報告、頸動脈超音波報告、羊水分析報告等，此類報告係由醫師發出，但是實際操作者，可能是醫師，也有可能是醫檢師或技術員等，此類檢查與檢驗，在不涉及診斷的前提下，或基於各醫事人員自身專業可獨立完成，或係屬於相對的醫療行為，可在醫師指示下完成檢驗或檢查工作，惟涉及診斷的部分，應由醫師親自為之。故正式報告係由醫師綜合判斷後發出，檢查、檢驗報告發出的名義人是醫師，在報告發出後該醫師是唯一有權的修改者。

檢查檢驗報告的名義人與修改- 3.1

血液、生化、血清檢查等報告，通常由某醫檢師放入儀器，再藉由儀器自動化分析，完成檢查程序後以**檢驗部門名義**發出，或以操作的**醫檢師名義**發出。

由於檢驗、檢查係由儀器分析，醫檢師僅為實際操作的人，故其於外觀上不一定明白可知文書的作成名義人，但仍可藉由醫院內規、慣例、或標準作業流程(SOP) 等可得推知誰是作成名義人，故檢查、

檢查檢驗報告的名義人與修改- 3.2

檢驗報告發出後誰是有權修改者，端視醫院的內規、慣例或標準作業流程等規定，有些醫院係由操作醫檢師或檢驗科部主任為有權更改者，有些醫院則需透過簽呈，再由檢驗部門主管修改。

少數檢驗報告，例如：尿液分析、或糞便潛血反應、或寄生蟲檢查等，係直接由醫檢師操作，而且涉及其專業，其作成名義人與有權修改者，應該僅限於該醫檢師。

內兒科系證明書相關法律問題

- 病歷定義及其與法律文書的關係
- 開立死亡證明書相關法律問題
- 開立巴氏量表或殘障鑑定的法律問題
- 檢查、檢驗報告的名義人與修改
- DNR意願書與同意書相關法律問題
- 爭議案件探討與小結

DNR意願書或同意書相關法律問題

第1條 (適用對象)

為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例；本條例未規定者，適用其他有關法律之規定。

第3條第2款 (末期病人)

本條例專用名詞定義如下：

二、末期病人：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據近期內病程進行至死亡已不可避免者。

DNR意願書或同意書相關法律問題

第7條（第一項及第二項）

不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

- 一、應由二位醫師診斷確為末期病人。
- 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。

前項第一款所定醫師，其中一位應具相關專科醫師資格。

→何謂意願書？二位醫師如何定義？相關專科醫師如何定義？

DNR意願書或同意書相關法律問題

末期病人「病歷記載」相關規定

- 依安寧緩和醫療條例施行細則第二條之規定
- 經由安寧緩和醫療條例診斷為末期病人者，醫師應於其病歷記載下列事項：
 - (1) 治療過程。
 - (2) 與該疾病相關之診斷。
 - (3) 診斷當時之病況、生病徵象及不可治癒之理由。

預立選擇安寧緩和醫療意願書

請將本意願書資料鍵入本人健保IC卡註記欄位(同意者請於打✓)

本人 _____ 若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，願依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，作如下之選擇：

- 一、願意接受緩解性、支持性之醫療照護。
- 二、願意在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按摩、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。

立意願人：簽 名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

西元生年月日：_____年_____月_____日

在場見證人(一)：簽 名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

在場見證人(二)：簽 名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

中 華 民 國 _____年_____月_____日

第一聯：由意願書簽立人簽妥後寄送「台灣安寧照顧協會」收件、彙整
(收件地址：郵遞區號25160 台北縣淡水鎮民生路45號)

爭議問題一 醫療紀錄的代理製作及其相關問題

【心臟內科照會案】

- 住院醫師甲，於急診室急救血胸病人時，因胸痛、氣胸及血胸等現象，認有照會心臟專科醫師之必要，遂以主治醫師乙的名義製作照會單，並於文末「Referred by Dr.」處簽署「VS乙醫師」，案經乙醫師的配偶告發，檢察官依「偽造公文書罪」偵查終結後起訴甲醫師。
- 地方法院無罪，高等法院判刑二個月。

爭議問題二 醫療紀錄的代理製作及其相關問題

【子宮肌瘤手術案】

- 病人因子宮肌瘤，欲入院接受全子宮切除手術，住院醫師將手術同意書請病人或家屬簽名後交給副本，主治醫師於手術前發現住院醫師對手術併發症的記載的不詳細，諸多於門診已詳細跟病人說明的事項均未記載，且手術方式僅記載「子宮肌瘤摘除手術」，與原先的範圍不同。

爭議問題二 醫療紀錄的代理製作及其相關問題

因此，主治醫師於術前將手術方式修改為「子宮肌瘤併全子宮切除手術」，並於手術同意書上補充記載併發症，惟未知會病人或其家屬。

病人於手術中發生併發症引起醫療糾紛，病人家屬於申請病歷複本時發現醫院手術同意書與手中副本內容不符，認為主治醫師有竄改病歷之嫌，對其提起變(偽)造文書的訴訟。

報告完畢！
敬請指教！

