

尿動力檢查服務證明書

茲證明本院人員_____，身分證字號：_____

服務於本院_____科，且從事尿動力檢查相關工作半年(含)以上。

具備有尿流速檢查、膀胱壓力檢查、尿道括約肌肌電圖檢查、尿道壓力檢查、壓力流速檢查之專業技能及經驗。

此證

_____醫院_____科

尿動力檢查負責醫師(非單位主管)_____ (簽章)

中華民國 年 月 日

尿失禁防治服務證明書

茲證明本院人員_____，身分證字號：_____

服務於本院_____科，且從事尿失禁防治暨骨盆脫垂服務相關工作半年(含)以上，具備骨盆底肌運動(pelvic floor muscle exercise)、生理回饋(biofeedback)、電刺激(functional electrical stimulation)、磁波椅(ExMI)等尿失禁、儲尿排尿障礙及子宮托(pessary)用於骨盆脫垂的病人治療及操做。。

此證

_____醫院_____科

負責醫師(非單位主管)_____ (簽章)

中華民國 年 月 日