臺灣嘉義地方法院民事判決

110年度醫字第6號

原　　告　黃洪碧英

000000000000000000

訴訟代理人　羅振宏律師

　　鄭雅璘律師

被　　告　長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院

000000000000000000

法定代理人　楊仁宗

被　　告　李建穎

上二人共同

訴訟代理人　林芳瑜

上列當事人間請求損害賠償事件，本院於中華民國112年4月13日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

原告之訴及假執行之聲請均駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

一、原告主張：

㈠原告於民國108年9月18日因車禍至被告長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院（下簡稱嘉義長庚醫院）就診，並由被告李建穎醫師施行右側橈骨遠端及左側肱骨近端之骨折復位鋼板內固定手術，翌日做術後X光檢查顯示原告骨折處正確復位，手術固定之鋼板及鋼釘位置均適當，然同年月20日被告李建穎巡房時，卻主動拉伸抬高原告左手，原告慘痛大叫，致左肱骨近端骨折手術後復位處，出現骨折處與鋼板移位現象，然被告李建穎未再對原告做X光檢查，旋於同年月25日許可原告出院，嗣原告於同年月27日至同年10月2日回診，被告李建穎仍未對原告做X光檢查，僅開立口服消炎止痛藥給原告，遲至同年10月30日，才對原告做X光檢查，並發現原告左肱骨近端骨折手術後復位處，出現骨折處與鋼板位

移，隨即給予原告住院通知單，被告李建穎因此於同年11月6日對原告施行左側人工半肩關節置換手術，術後僅於同年11月13日有施行骨質密度檢測，此外未再為任何檢測。嗣被告李建穎在未施行X光檢查前之108年11月29日先安排原告進行左肩關節復健療程，遲至108年12月16日才施行超音波檢查，檢查結果為原告左肩關節棘上肌肌腱疑似斷裂，但被告李建穎均未對原告有任何治療。嗣原告於109年1月15日回診，被告嘉義長庚醫院骨科才發現原告左肩肌肉萎縮，然仍未就該病灶為任何治療，嗣原告於109年2月14日、同年5月8日回診，被告李建穎就上開病灶仍未任何檢測及治療，同年10月23日被告李建穎診察後發現原告左肩肌肉萎縮，亦未有任何治療，原告因而於109年11月16日經鑑定左側肱骨外科頸兩部位移位性骨折之後遺症，致上肢關節移動功能障礙，存有左側人工肩部關節，達輕度殘障等級。

㈡被告李建穎僅告知施行左側人工半肩關節置換手術，術後肩關節活動度及力量會較差，需復健等，卻未告知有其他併發症或會出現左肩棘上肌斷裂及左肩肌肉群萎縮之可能，被告提供給原告簽署之手術同意書相較台北醫學大學附設醫院手術同意書有詳細說明不同，可見系爭手術同意書簡陋不堪，可見被告李建穎明顯未盡告知說明義務，致原告無法考量各項風險後做出最適當之治療選擇，原告被迫承擔未預期風險，被告李建穎實未盡告知說明義務，未保障原告自主決定權，具有過失責任。

㈢被告李建穎明知原告係高齡病患，術後旋轉肌腱可能斷裂，卻在108年11月6日完成左側人工半肩關節置換術後，原告多次回診，均未立即為相關術後檢測，直到同年12月16日才由復健科醫師即訴外人陳建旻醫生主動安排超音波檢查，檢測出原告左肩關節棘上肌肌腱疑似斷裂病灶，惟被告李建穎對此仍未施以任何醫療，被告李建穎放任原告病灶惡化，顯未按診療當時水準之醫學知識為適當之醫療處置，未盡善良管理人之注意義務，而有過失。

㈣證人徐超群雖證稱：「如果骨釘移位的話，病人一定要舉高到某個程度，到那個程度會感覺疼痛，而無法再舉高」等語，而被告李建穎在施行左側肱骨及右側橈骨骨折復位骨釘內固定手術後之108年9月20日巡房時，主動拉抬伸高原告左手，促使原告手術復位處過早激烈活動，痛到大叫等情，與證人所述相符，故原告左肱骨近端骨折手術後復位處，出現骨折處與鋼板移位確係被告李建穎上開行為所致，被告李建穎顯因欠缺實務經驗造成原告左肩關節肌腱毀損，致原告左手完全失去功能無法抬起，生活無法自理終生殘廢失能。至鑑定報告以108年9月19日所為之術後X光檢查，來推斷原告108年9月20日才造成之鋼板移位現象，與被告李建穎之醫療行為間是否適當，顯不符邏輯順序及經驗法則。本件鑑定報告認為原告接受人工半肩關節置換手術後，不能以術後有出現副作用就視為手術失敗云云，並以此推論被告李建穎術後照顧皆符合醫療常規，已盡醫療上注意義務，而無疏失之虞等語，過於武斷，而不可採。

㈤被告李建穎係被告嘉義庚醫院之受僱人，被告李建穎因未盡說明告知義務及善良管理人注意義務，所為之醫療行為及護理行為均違反醫療常規等行為，致原告受有損害，被告李建穎與被告嘉義庚醫院自應負連帶侵權行為損害賠償責任；又被告李建穎亦係被告嘉義長庚醫院之使用人，被告李建穎未依債之本旨履行其與原告間之醫療契約，則被告李建穎、嘉義長庚醫院應負債務不履行之損害賠償責任，請求擇一判決被告應連帶給付原告新臺幣（下同）200萬元。

㈥並聲明：

1.被告應連帶給付原告200萬元及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。

2.原告願供擔保，請准宣告假執行。

二、被告則以：

㈠原告於108年9月18日接受骨釘內固定手術治療，翌日安排術後X光檢查顯示骨折處正確復位，且固定之鋼板及鋼釘之位

置亦適當；同年月25日關節可自行活動 疼痛緩解或使用藥物可控制，傷口癒合良好，被告予原告辦理出院；同年10月2日原告傷口乾淨癒合，被告給予拆線，原告並未特別提到左肩疼痛情況；嗣同年10月30日原告回診，觀察原告左前臂及右手腕大面積擦傷，經X光檢查顯示其左側肱骨骨折處脫位，被告建議再次手術施行半人工肩關節置換術，並清楚告知此手術會造成肌力及肩關節活動度減少，原告並簽署同意書（見本院卷第83-85頁）；同年11月7日原告接受左側半人工肩關節置換術治療，同年11月13日左肩傷口癒合良好，無合併症，被告予原告辦理出院；同年11月22日被告門診拆線，其骨密度T值為2.3，已接近骨質疏鬆標準，並安排原告於復健科門診進行復健；109年11月9日原告最後一次回被告門診，開立身心障礙鑑定。

㈡原告雖主張被告李建穎刻意將其左手抬高，致其左側肱骨復位骨釘移位，再次將其左肩關節肌腱毀損云云，均係空言指摘，並未舉證以實其說，不足採信。

㈢原告於108年9月25日出院時，業經評估關節可自行活動，傷口癒合良好，被告判斷原告術後骨折復位處穩定狀態，才建議原告進行適當之復健活動，係符合醫療常規。嗣原告於同年10月30日回診時，左前臂及右手腕有大片擦傷，經X光檢查結果顯示原告右側橈骨遠端骨折手術部位癒合良好，惟左肱骨近端骨折手術後復位處出現骨折處與鋼板移位之現象，導致原告原本骨折處癒合不良或無癒合、左肩關節持續或慢性疼痛、關節活動角度受限及肱骨頭壞死等併發症，遂建議原告再接受左側半人工肩關節置換手術，並清楚告知該手術雖可改善疼痛，但術後肩關節活動度及力量都會較差，需復健，原告同意並簽署手術同意書，此乃依原告病情變化所為之專業建議，均符合醫療常規，並非因為108年9月18日施行之內固定手術失敗才需進行肩關節手術，被告李建穎並無過失。

㈣無論是侵權行為或是依契約責任請求被告連帶賠償，均需被

告李建穎有醫療過失為前提，然被告李建穎醫師並無醫療過失已如前述，則原告之請求均無理由。

㈤並聲明：

1.原告之訴駁回。

2.如受不利判決，被告願供擔保，以免假執行。

三、本院之判斷：

㈠原告因騎車摔倒，左肩及右手腕疼痛至被告嘉義長庚醫院急診就醫，經X光檢查顯示原告左側近端肱骨骨折脫位及右側遠端橈骨骨折脫位，被告李建穎建議原告接受骨釘內固定手術治療，原告之女即訴外人黃淑珍於108年9月18日簽立一般同意書、骨折、脫臼、重建手術同意書、手術說明等，同意於同日進行該手術，嗣原告於108年9月25日出院，於同年10月30日因左前臂及右手腕大面積擦傷，經X光檢查顯示其左側肱骨骨折處脫位，被告李建穎建議施行半人工肩關節置換術，原告於108年11月6日簽署骨折、脫臼、重建手術同意書，同年11月7日完成半人工肩關節置換手術，同年月13日出院，109年11月9日原告最後一次回診，並開立身心障礙鑑定等情，有上開同意書附卷可稽（見本院卷第83-87頁），兩造對此亦不爭執，則上開事實堪信為真實。

㈡原告主張被告李建穎於108年9月18日對其左側端肱骨骨折脫位及右側遠端橈骨骨折脫位實行骨釘內固定手術治療後，於同年9月20日被告李建穎巡房時，主動拉抬高原告左手，致原告左肱骨近端骨折手術後復位處，出現骨折處與鋼板移位現象，嗣原告回診多次，被告李建穎均未對原告做X光檢查或任何治療，直至108年10月30日對原告做X光檢查，才發現上開症狀，並在同年11月7日對原告施行左側人工半肩關節置換手術，術後未對原告進行檢查，即於108年11月29日安排原告復健療程，同年12月16日經其他醫生施行超音波檢查才發現原告左肩關節棘上肌肌腱疑似斷裂，嗣原告分別於109年1月15日、同年2月14日、同年5月8日、10月23日回診，被告李建穎均未做任何檢測及治療，被告李建穎輕忽原告病

灶，未早期治療追蹤，致上揭病灶惡化，發展成上肢關節移動功能障礙，而達輕度殘障等級，被告李建穎就術後照護醫療顯有過失云云；被告均以被告李建穎對原告所為均符合醫療常規，並無過失，原告空言指摘被告有過失，不可採等語置辯。則本件應審酌者厥為：(一)被告李建穎對原告之醫療行為是否有過失？(二)原告主張被告二人連帶對其負損害賠償責任有無理由？

㈢按醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意，醫療法第82條第1項定有明文。是於醫療過失責任原則下，醫療機構及醫師之醫療行為須具有過失，且該過失行為與損害間具有因果關係，始成立損害賠償責任。所謂醫療過失行為，係指行為人違反依其所屬職業通常所應預見及預防侵害他人權利行為義務。所謂善盡醫療上必要之注意，則係指醫療行為須符合醫療常規、醫療水準而言。是醫事人員如依循一般公認臨床醫療行為準則，正確地保持相當方式與程度之注意，即屬已為應有之注意。又醫療行為係屬可容許之危險行為，且醫療之主要目的雖在於治療疾病或改善病人身體狀況，但同時必須體認受限於醫療行為之有限性、疾病多樣性，以及人體機能隨時可能出現不同病況變化等諸多變數交互影響，而在採取積極性醫療行為之同時，更往往易於伴隨其他潛在風險之發生，因此有關醫療過失判斷重點應在於實施醫療之過程，要非結果，亦即法律並非要求醫師絕對須以達成預定醫療效果為必要，而係著眼於醫師在實施醫療行為過程中恪遵醫療規則，且善盡注意義務。如醫師實施醫療行為，已符合醫療常規、醫療水準等客觀情況之醫療上必要注意義務，且未逾越合理臨床專業裁量，而病人或其他請求權人未能舉證證明醫師實施醫療行為過程中有何疏失，即難認醫師有不法侵權行為（最高法院104年度台上字第700號判決意旨參照）。

㈣次按當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任，但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限，

民事訴訟法第277條定有明文。法院於具體個案，衡酌訴訟類型特性與待證事實之性質、當事人間能力、財力之不平等，證據偏向及蒐證之困難等因素，依誠信原則，定減輕被害人舉證責任之證明度或倒置舉證責任，以臻平允。又醫療行為具有相當專業性，醫病雙方在專業知識及證據掌握上不對等，法院衡量病患請求醫療專業機構或人士損害賠償之訴訟，由病患舉證有顯失公平情形，而減輕病患之舉證責任時，病患仍應就其主張醫療行為有過失存在，先證明至使法院之心證度達到降低後之證明度，獲得該待證事實為真實之確信，始得認其盡到舉證責任（最高法院109年度台上字第2747號判決意旨參照）。原告主張被告李建穎對其醫療及術後照護有過失，經被告否認，依前揭規定及說明，應由原告就被告李建穎之醫療行為具有過失乙節，負舉證責任。

㈤本件原告主張被告李建穎於骨釘內固定手術後之108年9月20日將其左手抬高，致其左肱骨近端骨折手術後復位處，出現骨折處與鋼板移位現象，原告多次回診，被告李建穎均未對原告做任何治療，遲至108年11月7日才對原告施行左側人工半肩關節置換手術云云。經查，據原告之護理記錄單記載，原告雖於108年9月18日進行骨釘內固定手術後，於9月19日上午7時25分、11時30分、9月22日17時、9月23日6時15分、18時20分、9月24日10時30分分別有主訴疼痛之記載，惟於9月20日21時56分亦另有記載「病患主訴疼痛情形有緩解」，此有本案卷內附之原告病歷影本可參。可見原告先於被告李建穎巡房前之9月19日就開始陸續主訴疼痛，在被告李建穎108年9月20日巡房當日反而曾稱疼痛情形已有緩解，則原告術後之108年10月30日經X光檢查發現之左肱骨近端骨折手術後復位處，出現骨折處與鋼板移位現象是否係被告李建穎於108年9月20日對原告所為之醫療行為所致已有疑義。復參衛生福利部醫事審議委員會鑑定意見認：「…臨床上，會導致肱骨近端骨折手術後復位處，出現骨折處與鋼板移位現象的原因，可能是(1)複雜、粉碎性骨折；(2)鋼板(釘)固定穩定

度不足；(3)骨質不良；(4)病人術後照護不佳；(5)術中復位不良或鋼板(釘)的擺放位置不適當，皆是可能影響骨折復位處所固定之鋼板(釘)是否提早鬆脫及骨折再次移位的因素之一。病人術後X光檢查結果顯示骨折處正確復位，固定之鋼板及鋼釘位置亦適當。若術後骨折復位處由處置醫師判斷為穩定狀態下，會鼓勵病人可儘早開始進行適當的復健活動，以避免手術處的關節黏連與攣縮、周邊肌肉萎縮及肢體末梢靜脈血液與淋巴回流循環不佳而造成軟組織腫痛。本案依病人經手術處置後之判斷及裁量，建議病人可開始練習將手舉高活動，符合醫療常規。依108年9月25日之護理記錄，記載病人整體狀況穩定，並辦理出院；出院後於9月27日及10月2日至李醫師門診追蹤，術後X光檢查顯示出骨折處正確復位，固定之鋼板及鋼釘之位置亦適當，直至10月30日之門診病歷紀錄，X光檢查結果顯示左肱骨近端骨折手術後復位處，出現骨折處及鋼板移位現象。故依上開病程紀錄，並無法顯示病人因術後隔日將手舉高之動作，有導致固定之鋼板(釘)移位。108年10月30日門診之X光檢查結果顯示病人左肱骨近端骨折手術後復位處，出現骨折處與鋼板移位之現象，將導致原本骨折處癒合不良或無癒合、左肩關節持續或慢性疼痛、關節活動角度受限及肱骨頭壞死等併發症，故考慮施行左側人工半肩關節手術，緩解病人的疼痛及改善左肩關節之功能。因此李醫師建議病人再接受左側人工半肩關節手術，符合醫療常規。病人再接受左側人工半肩關節手術之需求及決定，乃李醫師依病人臨床上病情變化，所作之專業裁量，與前項骨釘內固定手術無關。(二)…臨床上，會導致肱骨近端骨折手術後復位處，出現骨折處與鋼板移位現象的原因，可能是(1)面對較為複雜、粉碎性骨折；(2)鋼板(釘)能固定到的骨胳不足以達到力學上的穩定度；(3)或者是原本就骨質疏鬆骨骼的骨折，也會讓固定的鋼板(釘)容易鬆脫；4)若病人在手術後之居家照顧保護不佳、過度頻繁或過早激烈活動或持重、甚至發生再次跌倒意外，也會導致骨折復位

處發生再次移位、斷裂；(5)而手術中處置醫師的復位技巧、鋼板(釘)的擺放與固定位置、角度，也是可能影響骨折復位處所固定之鋼板(釘)是否會提早鬆脫及骨折再次移位的因素之一。因上述四項因素，皆可能導致骨折手術後復位處的再次移位或鋼板(釘)鬆脫，而前(1)至(4)點因素，皆非處置醫師所能控制或注意，且術後X光檢查結果顯示出骨折處正確復位，固定之鋼板及鋼釘之位置亦適當，尚難謂其手術失敗。」等語，此有衛生福利部醫事審議委員會編號0000000號鑑定書在卷可憑（見本院卷第237-247頁），依上開鑑定結果可知會出現骨折處與鋼板移位現象原因眾多，大多因素係處置醫師無法控制及注意，而被告李建穎對原告所為手術前、後之醫療措施均適當，又無證據顯示原告固定之鋼板移位係被告李建穎要求原告手舉高導致，被告李建穎對原告所為上開醫療措施既均符合醫療常規，原告就其主張又未能提出其他足以佐證之證據，則原告主張其鋼板移位係被告李建穎過失所致，自難採信。

㈥又原告主張被告李建穎在108年11月7日對其施行左側人工半肩關節置換手術，術後未對原告進行檢查就在108年11月29日安排原告復健療程，同年12月16日經其他醫生施行超音波檢查才發現原告左肩關節棘上肌肌腱疑似斷裂，嗣原告分別於109年1月15日、同年2月14日、同年5月8日、10月23日回診，被告李建穎均未做任何檢測及治療，被告李建穎輕忽原告病灶，未早期治療追蹤，致上揭病灶惡化，發展成上肢關節移動功能障礙，而達輕度殘障等級，被告李建穎顯有過失云云。然據上開鑑定意見記載：「(三)109年10月23日病人於李醫師最後一次門診複查，依病歷紀錄，可得知病人左肩數條肌腱中，經復健科醫師進行之超音波檢查，結果發現其中之棘上肌疑似斷裂，而左肩肌肉群有萎縮現象，且左肩關節活動受限。臨床上，骨科醫師施行人工半肩關節置換手術時，會將旋轉肌腱(肩胛下肌、棘上肌、棘下肌及小圓肌)縫合至存留的肱骨骨幹或人工半肩關節植體上。但現今設計之

人工半肩關節設計與原有人體自然的肩關節之生物力學與活動功能上，仍存在落差(參考資料)；而即使經縫合上的旋轉肌腱，其與肱骨骨幹或人工半肩關節植體間之癒合能力相對薄弱，加上年齡老化、內分泌疾病等因素，皆會影響肌腱本身品質、強韌度及再生癒合力，從而皆會造成病人於接受人工半肩關節置換手術術後，旋轉肌腱可能斷裂、癒合不良、無癒合及肩關節肌肉群萎縮，本案人工半肩關節置換手術並非失敗手術。李醫師手術方式及術後照護，並轉介病人參與積極復健，其處置皆符合醫療常規，診療上已盡醫療上之注意義務，未發現有疏失。」等語，由上鑑定結果可知，原告騎車摔倒導致左側近端肱骨骨折脫位及右側遠端橈骨骨折脫位，從而於108年9月18日施行骨釘內固定手術治療，此即第一次手術之必要，原告在第一次手術出院時即108年9月25日生命跡象穩定，關節可自行活動，疼痛緩解或使用藥物可控制，傷口癒合良好，辦理出院後，被告李建穎要求原告定期回診追蹤，所為之醫療措施難認有何疏失；迄至同年10月30日X光檢查發現原告左側肱骨骨折處脫位，而有施行半人工肩關節置換術必要，原告並於同年11月6日住院，同年11月7日進行第二次手術，術後亦均有安排後續追蹤治療及復建，上開二次手術既均對原告當時之病症能有所改善，且被告術後照護亦皆符合醫療常規，則難認被告有何違反醫療上必要之注意義務或逾越合理臨床專業裁量或延誤治療之情事。是原告所提出之主張及證據，依一般經驗法則判斷或在醫學上均無從認定原告上肢關節移動功能障礙，達輕度殘障等級係可歸責被告李建穎手術及術後處置之醫療作為有所疏失所致，原告主張被告李建穎放任原告病灶惡化，未按診療當時之醫學知識水準為適當之醫療處置云云，難認有據。

㈦原告另主張被告李建穎施行左側人工半肩關節置換手術，僅告知原告術後肩關節活動度及力量會較差，需復健，卻未告知有其他併發症或會出現左肩棘上肌斷裂及左肩肌肉群萎縮之可能，提供給原告簽署之同意書與台北醫學大學附設醫院

手術同意書相較，被告之同意書簡陋不堪，被告明顯未盡告知說明義務，侵害原告自主權，而有過失云云。惟按醫療機構實施手術，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；醫療機構實施中央主管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，簽具同意書後，始得為之；醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應，醫療法第63條第1項前段、第64條第1項前段、第81條分別定有明文，醫師法第12條之1亦有相同規定。醫師對病人進行診斷或治療之前，應向病人（或其家屬）告知病情、治療方法、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等資訊，使病人（或其家屬）得以在獲得充分醫療資訊下，做出合乎生活型態之醫療選擇，其目的在於保障病人之自主決定權（人格權），兼作為醫療行為違法性之阻卻違法事由。惟醫師之告知範圍，並非漫無限制，應以病人之自主決定權作為劃分醫師義務範圍之標準（最高法院110 年度台上字第3189號判決意旨參照）。又手術告知義務之履行，得藉由書面之記載及口頭之說明，相互配合使用，告知方式應以該告知之內容，能否使病患充分理解與自身醫療行為有關之資訊為判斷已足。又醫院（師）對病患實施手術前，有無對病患依上開規定為告知並得其同意之事實，依舉證責任分配原則，應由醫院（師）負舉證之責，惟如病患已於記載有「經告知需實施手術原因及手術成功率或可能發生之併發症及危險」之手術同意書簽名，則生舉證責任轉換，由病患負舉證證明「醫師實際上並未告知」之責任。經查，原告因車禍至被告嘉義長庚醫院急診入院，於108年9月18日施行骨釘內固定手術治療，於108年9月25日出院，嗣於108年11月6日住院，於同年11月7日施行半人工肩關節置換手術，觀諸原告簽署之第一

次、第二次手術同意書，其上分別均記載：「一、擬實施之手術1.疾病：左側肱骨外科頸兩部份移位閉鎖；2.建議手術：骨折手術(右腕關節，左肩關節)；3.建議手術原因：左側肱骨外科頸兩部份移位閉鎖性骨折，右側橈骨Barton's氏閉鎖性骨折」(即第一次手術部分)、「一、擬實施之手術1.疾病：左側近端肱骨骨折；2.建議手術：人工半肩關節置換手術(左肩關節)；3.建議手術原因：骨折術後脫位」（即第2次手術部分），上開二次手術之同意書關於「三、病人之聲明」亦均記載：「1.醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。2.醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。3.醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。…5.針對我的情況、手術之進行、治療之方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。…7.我瞭解這個手術可能是目前最適當的選擇，但是這個手術無法保證一定能改善病情。」等字，原告之女及原告並分別於108年9月18日、同年11月6日在該等手術同意書「基於上述聲明，我同意進行此手術」欄位下，填寫關係、時間、地址、電話與日期等欄位內容，並在前揭欄位之「立同意書人簽名」欄處簽名，有該等同意書在卷可參（見病歷卷、本院卷第83頁），是上開文件確係經原告或其家屬閱覽後所簽署，並表示其對該等文書所載相關手術內容已充分了解。準此，原告於手術前，經被告李建穎之告知，而對該等手術之內容、必要性、進行方式、治療風險等事項已有充分了解，並由原告或其家屬依據當時狀況，決定簽署該等手術同意書，同意被告為醫療處置，其於攸關自身病況之重要文件簽名時，理應會詳細閱讀內容，以確保自身權益，是本件並無原告所指違反醫療行為告知說明義務之情。被告李建穎既已提出上開同意書證明已對原告履行手術告知義務，則依上說明，原告再主張被告李建穎未盡告知義務，則應由原告負舉證責任，原告固提出台北醫學大學之同意書記載內容主

張被告李建穎所提出之同意書簡陋不堪，顯未盡告知義務云云。然手術告知義務之履行除得藉由書面記載外，亦得經由口頭說明，是縱同意書記載內容較其他醫院簡略，亦無從證明被告李建穎未盡告知義務，是原告之上開舉證，難認已足。

四、綜上所述，被告李建穎所為第一、二次手術暨術後處置之醫療行為均符合醫療常規，亦無未盡告知義務之情形，即難認有何醫療疏失，是原告依侵權行為損害賠償責任或被告嘉義長庚醫院應負債務不履行之損害賠償責任，請求被告二人連帶給付如聲明所示之金額及利息，均無理由，應予駁回。原告之訴既經駁回，其假執行之聲請亦失所附麗，應併予駁回。

五、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及所用之證據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不逐一論列。至原告另聲請補充聲請調查吳天養及當天陪同查房之住院醫師、護理人員等為證人，惟被告李建穎所為醫療行為並無過失之事實已明，故認均無調查必要，附此敘明。

六、據上論結，原告之訴為無理由，依民事訴訟法第78條，決如主文。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　5　　月　　5　　日

民事第三庭法　官　曾文欣

以上正本係照原本作成。

如對本判決上訴須於判決送達後20日內向本院提出上訴狀（須按對造人數提出繕本）。

如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　5　　月　　5　　日

書記官　陳慶昀