臺灣高等法院高雄分院民事判決

111年度醫上字第9號

上　訴　人　迦樂醫療財團法人迦樂醫院
000000000000000000
000000000000000000
兼法定代理　龍佛衛
人　　號
上　訴　人　邱秀山
000000000000000000
共　　同
訴訟代理人　劉家榮律師
複代理人　　陳富絹律師
　　陳正軒律師
被上訴人　　周鄭煥蘭
兼法定代理　周家慧
人
被上訴人　　周治國
共　　同
訴訟代理人　胡仁達律師

上列當事人間請求侵權行為損害賠償事件，上訴人對於中華民國111年10月31日臺灣屏東地方法院107年度醫字第3號第一審判決提起上訴，被上訴人並為訴之擴張，經本院於113年4月24日言詞辯論終結，判決如下：

主　文

上訴駁回。

上訴人應再連帶給付被上訴人周鄭煥蘭新台幣伍拾壹萬伍仟玖佰柒拾玖元，及自民國一一二年五月二十三日起至清償日止，按週年利率百分之五計算之利息。

第二審及擴張之訴訟費用均由上訴人連帶負擔。

本判決第二項部分，於被上訴人周鄭煥蘭以新台幣壹拾柒萬貳仟

元為上訴人供擔保後，得為假執行。但上訴人以新台幣伍拾壹萬伍仟玖佰柒拾玖元為被上訴人周鄭煥蘭預供擔保後，得免為假執行。

事實及理由

一、被上訴人起訴主張：上訴人龍佛衛、邱秀山受僱於上訴人迦樂醫院財團法人迦樂醫院（下稱迦樂醫院），被上訴人周鄭煥蘭於民國107年6月7日因病由被上訴人周家慧陪同至迦樂醫院辦理住院，龍佛衛、邱秀山分別擔任周鄭煥蘭之加護專責醫師及主治醫師。後周家慧於同年月26日上午4時許，接獲迦樂醫院之緊急電話，告知周鄭煥蘭因持續抽搐不止，須轉院至枋寮醫院救治，周家慧得知後即趕往枋寮醫院等候。詎周鄭煥蘭搭乘之救護車，遲至同日上午9時6分許方抵枋寮醫院，斯時周鄭煥蘭之體溫已高達攝氏38.3度，且有痰稠情況，經家屬同意立即由枋寮醫院以插管方式急救，於同日11時43分許移至該院加護病房觀察。後因病況危急，於27日安排救護車轉診至高雄榮民總醫院(下稱榮總)救治，經榮總判定周鄭煥蘭罹患「腦膜腦炎合併癲癇」，隨即於107年6月27日至7月17日入住該院加護病房，後又移往護理之家治療迄今。周鄭煥蘭於上開救治後，需長期臥床，無法自理生活，認知功能亦已喪失，無法進行社交活動，經宣告為受監護宣告之人，由周家慧擔任其監護人。經調取周鄭煥蘭之病歷資料發現：㈠周鄭煥蘭於同年6月11日已檢查出白血球數值高於院內標準，邱秀山並無處置；6月23日上午7時50分許，其已全身癱軟，叫喚無反應，血糖正常，邱秀山僅投以5%葡萄糖；6月24日上午5時5分許，值班醫師即訴外人劉俊麟指示停用降血糖藥；上午9時，其再次出現倦怠無力、步態軟弱；6月25日上午7時，其出現生命徵象不穩，邱秀山認仍屬正常而未為處置；同日晚間18時，其雙頰發紅、身體溫熱、高溫38度，邱秀山僅開立抗生素而未做抽血檢查。邱秀山之上開處置，未能於事前積極防護周鄭煥蘭免於罹患腦炎，且非屬不能注意者，即有醫療過失。㈡周鄭煥蘭於6月26日上

午4時50分開始出現全身抽搐之中樞神經感染症狀，龍佛衛僅指示以鼻導管供氧，5分鐘後仍出現全身抽搐狀況，龍佛衛仍僅指示注射鎮靜劑；同日5時10分，周鄭煥蘭昏迷指數降至11，龍佛衛於6時許亦僅指示注射鎮靜劑，此後即無積極作為。而依病程紀錄所載，邱秀山、龍佛衛於同日6時即已評估將周鄭煥蘭轉往枋寮醫院治療，然救護車卻遲至同日上午8時45分始到場接應，並於9時6分方抵達枋寮醫院，此時距發現周鄭煥蘭抽搐時起算，業已經過數小時，顯見邱秀山、龍佛衛未積極以符合醫療常規方式治療周鄭煥蘭並安排其轉院，龍佛衛、邱秀山確有延誤救治之醫療過失。周鄭煥蘭因龍佛衛、邱秀山之上開醫療過失，致需長期委請專人照護，無言語及思考能力，每月入住照護中心等增加生活所必需之費用為新台幣(下同)3萬9,750元，而其入院時為72歲又162天，平均餘命尚有13.91年，經扣除中間利息，得一次請求504萬5,067元；又被上訴人周治國、周家慧為周鄭煥蘭之子女，突逢此故，身心俱疲，終日為母親之病況奔波於醫院之間，精神上受有極大之苦痛，爰向上訴人請求精神慰撫金各60萬元。綜上，周鄭煥蘭因龍佛衛、邱秀山之醫療疏失行為，致未能及時診治而需長期臥床，其2人自應負損害賠償責任。又迦樂醫院為龍佛衛、邱秀山之僱主，亦應負連帶損害賠償責任。爰依民法第184條第1項前段、第2項、第188條第1項前段、第193條、第195條、醫師法第21條、醫療法第60條第1項等規定，擇一請求上訴人應負連帶賠償責任等語。聲明：㈠上訴人應連帶給付周鄭煥蘭504萬5,067元，及其中424萬5,471元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；其餘79萬9,596元，自民事準備三狀繕本送達上訴人之翌日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。㈡上訴人應連帶給付周治國、周家慧各60萬元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率百分之5計算之利息。㈢願供擔保，請准宣告假執行。

二、上訴人則以：迦樂醫院僅屬精神醫療專科醫院，其專科醫師

依照經驗及專業評估後認為，周鄭煥蘭於6月23日固有多次叫喚無反應、全身癱軟給予疼痛刺激也無反應之病況，惟血糖值為92mg/dl尚屬正常，故僅施以葡萄糖液注射。經對照護理病程紀錄可知，當時值班醫師黃永晨曾檢查過其瞳孔反射正常並評估後，交代護理師密切觀察其生命徵象及待轉ICU，故並非對其置之不理。再者，周鄭煥蘭入院時，上訴人即知其有糖尿病病症，並有固定測量監控，依6月25日之護理病程紀錄可知，周鄭煥蘭斯時尚可對談，基本個人衛生仍可經由協助完成，其並於會談中表示「我睡飽不想睡、我沒有不舒服」等語。同日8時10分之護理病程紀錄亦記載「個案精神已較恢復」等語，可見上訴人並未置之不理，診斷亦無違誤。被上訴人又指稱於6月25日當周鄭煥蘭發燒時，未對其做基礎抽血檢驗，然該時須抽血檢測之依據為何？未見被上訴人舉證說明。況上訴人當時已開立抗生素先行處置，並於同日19時再度測量後得知體溫已明顯降低，故上訴人已為有效之處置，並無過失。另依護理病程紀錄可知，6月26日上午6時許上訴人即已評估待轉枋寮醫院，並同時聯絡家屬及約聘之醫療運送車輛。而周鄭煥蘭當時並無急重症之狀況出現，僅需依一般轉院程序辦理即可，故上訴人並非請求急救專用之救護車運送就醫。且與迦樂醫院合作之救護車公司係位於屏東縣屏東市，派員前來醫院尚須一段時間，是當日8時45分許業已將周鄭煥蘭轉診至枋寮醫院，本件並無延誤就醫可言。況依病程紀錄記載顯示，周鄭煥蘭於同日上午7時17分，係呈：「主訴：我聽過有人跟我講話，我都睡飽了」狀態，邱秀山並於其上記載：意識清楚等語，足證周鄭煥蘭當日上午4時50分許發生抽搐後，經注射鎮靜劑治療後，狀況係漸趨好轉中，無緊急轉院之情事存在，龍佛衛、邱秀山依醫療常規及準則，安排以一般轉院方式而非緊急轉院處置，並無過失。周鄭煥蘭嗣後之腦膜炎合併癲癇，與上訴人上開處置間並無因果關係，上訴人自毋庸負擔損害賠償責任。退步言之，縱認被上訴人請求有據，惟監護宣告裁定

僅為裁定當時意思表示能力有無之認定，尚無從認定周鄭煥蘭無法復原而須終身看護。又被上訴人稱平均每月增加生活費39,750元，係包含每月伙食費4,050元之支出，然周鄭煥蘭即使無腦膜炎合併癲癇之症狀，日常生活中仍須飲食而有伙食費之支出，是伙食費顯非因系爭事件增加生活上需要之支出，自應予扣除。另精神慰撫金亦過高，應予酌減等語。答辯聲明：㈠被上訴人之訴及假執行之聲請均駁回。㈡如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

三、原審判決上訴人應連帶給付周鄭煥蘭494萬2,398元，及其中424萬5,471元自107年11月27日起，其餘69萬6,927元自110年2月2日起，均至清償日止，按週年利率百分之5計算之利息；另上訴人應連帶給付周治國及周佳慧各30萬元，及均自107年11月27日起至清償日止，按週年利率百分之5計算之利息。並附條件為準、免假執行之宣告。另駁回被上訴人其餘請求。上訴人就其敗訴部分不服，提起上訴，周鄭煥蘭則為訴之擴張。上訴人上訴聲明:㈠原判決不利上訴人部分及假執行之宣告均廢棄。㈡上開廢棄部分，被上訴人在第一審之訴及假執行之宣告均駁回。被上訴人答辯並擴張聲明:㈠上訴駁回。㈡上訴人應再連帶給付周鄭煥蘭51萬5,979元，及自112年5月23日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。上訴人就擴張部分答辯聲明:㈠擴張之訴暨假執行之聲請均駁回。㈡如受不利判決，願供擔保，請准免為假執行之宣告（就原審駁回部分，未據被上訴人上訴，不在本院審理範圍，茲不再敘述。）

四、兩造不爭執事項為：

㈠周鄭煥蘭於107年6月7日至迦樂醫院住院。邱秀山及龍佛衛係受僱於迦樂醫院，並於107年6月7日至同年6月26日先後擔任周鄭煥蘭之主治醫師及加護專責醫師。

㈡周鄭煥蘭於107年6月11日經邱秀山安排檢驗，檢驗報告記載白血球計數值（W.B.C）達13.1＊10，高於迦樂醫院設定合理值（4.5/11.0）；於107年6月14日周鄭煥蘭之白血球數值

仍偏高。

㈢周鄭煥蘭於107年6月23日上午7時50分，已出現「多次叫換個案都無反應，全身癱軟給予疼痛刺激也無反應」症狀；107年6月24日上午4時45分，出現「班內4：00 查房時試圖叫喚個案但個案但都未有反應，給予疼痛刺激仍無反應，全身癱軟，呼吸時嘴巴會吐出白色唾液情形」症狀；同日上午9時、10時，分別出現「個案倦怠無力」、「個案外觀步態軟弱顯倦怠無力，多臥床，進食狀況不佳」、「精神顯嗜睡」症狀；107年6月25日上午7時，出現「生命跡象不穩定」症狀、下午6時，出現「個案雙頰發紅，與觸摸身體溫熱…BT：38度」症狀，開予抗生素Amoxicillin治療。

㈣周鄭煥蘭分別於107年6月26日上午4時50分、4時55分，接連出現抽搐症狀，並自斯時起至上午8時45分期間，持續出現抽搐症狀。

㈤迦樂醫院於107年6月26日上午7時0分聯絡救護車，周鄭煥蘭於同日上午9時6分到達枋寮醫院。

㈥周鄭煥蘭於107年6月27日入住榮總加護病房，經診斷患有腦膜腦炎合併癲癇，現住於榮總屏東分院附設之護理之家。

五、本院得心證理由如下：

㈠按醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延，醫師法第21條定有明文。又按醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延，醫療法第60條第1項亦定有明文。準此，基於對病患之保護，而對醫師課以救治之義務，若醫師有違反此項義務，依民法第184條第2項規定，自得認定具有過失。且醫師未為診斷或追蹤、確認之檢驗結果，而未對病人施予必要之用藥救治，以致發生病人之死亡結果，有關責任成立因果關係，已難期待被害人有舉證之可能性，於此情形，如嚴守民事訴訟法第277條前段之規定，將使被害人無從獲得應有之賠償，有違正義原則，基於公平之衡量，依舉證責任轉換之原則，就不

具相當因果關係，即應由醫師負舉證責任(最高法院99年度台上字第2014號裁判意旨足參)。

㈡被上訴人主張邱秀山、龍佛衛明知周鄭煥蘭自107年6月11日起持續至25日進入加護病房止，有倦怠、軟弱、白血球及血糖偏高、對疼痛刺激無反應之病徵，惟未為更精密之檢查，致周鄭煥蘭罹患重症癲癇，邱秀山、龍佛衛前開區間之醫囑，顯有不符醫療常規之怠於作為情事，而有過失等語。惟為上訴人所否認，辯稱:上開治療方式均係符合醫療常規之處置等語。經查:

1.周鄭煥蘭於107年6月11日經血液檢測，固呈現白血球略高，惟當日之體溫經測為攝氏36.4度。另依護理紀錄所載，6月14日周鄭煥蘭之體溫為攝氏36.6度，並為暫無不適之主述，經主治醫師邱秀山評估後囑持續觀察；至6月23日上午7時50分許周鄭煥蘭呈全身癱軟，對聲音及疼痛刺激無反應，惟生命徵象經測均穩定，神經學檢查結果無異狀，醫囑密切觀察生命徵象，嗣於同日上午8時45分龍佛衛醫師調整藥物後，已清醒，12時30分可自行進食如廁；6月24日上午4時45分，周鄭煥蘭對叫喚及疼痛刺激無反應，劉俊麟醫師評估周鄭煥蘭處於低血糖狀態，給予靜脈注射葡萄糖水，5時30分許，周鄭煥蘭清醒，言談可切題，生命徵象大致穩定，及至上午10時許，周鄭煥蘭步態軟弱，倦怠無力，需人協助餵食，經評估轉至加護病房積極治療，該時血壓、心跳、血氧及體溫無甚異狀，昏迷指數為15分；25日凌晨1時許仍清醒，表示無不適，同日18時，周鄭煥蘭雙頰發紅，血壓、心跳及體溫略高，經龍佛衛指示以口服抗生素服用後，自同日19時許迄21時許，昏迷指數15分，血壓、心跳及體溫緩降而趨於正常等情，有衛生福利部111年6月30日衛部醫字第1111664507號函附0000000號鑑定書可參(下稱207鑑定書，原審卷四第42頁至第44頁)。依上開病程顯示，周鄭煥蘭於6月7日住院後迄24日24時00分止，期間雖有呈倦怠，偶有精神不佳，對刺激無反應及檢測白血球偏高等情事，但經基礎生命徵象科學

檢查後，並無明顯受感染而致發燒等染疾情事，且邱秀山、龍佛衛亦於診斷後指示續予觀察病情，並針對病情給予藥物及調整藥物以為治療，嗣並轉入加護病房繼續觀察，難認與一般醫療常規有顯屬不符情事。至周鄭煥蘭嗣於25日18時許雖開始出現體溫達38度發燒情形，且血壓、心跳亦明顯偏高，此時龍佛衛依判斷懷疑有感染，已即刻給予抗生素治療，周鄭煥蘭迄於同日晚間21時許，前揭病徵亦有逐漸緩和，足徵龍佛衛亦無未就周鄭煥蘭妥予適切照護、治療等醫療過失情事。被上訴人僅以片面臆測認邱秀山、龍佛衛未積極為周鄭煥蘭進行高階精密檢測，以杜罹病之可能，未見有何論據基礎提出，則其所為主張是否可採，誠有疑義。

2.又有關白血球升高之可能原因，包括運動、壓力、感染、組織壞死、慢性發炎、藥物、血液疾病、新陳代謝疾病、急性出血、癌症等情形，故常需透過身體診察及病史詢問，作為進一步診療依據，並可再次針對白血球異常值，進行血液檢查追蹤。一般而言，是否有發燒為決定進一步血液檢查之最常見因素。而周鄭煥蘭107年6月11日白血球為13.1×10^3/μL，略高於參考值(4.5～11.0×10^3/μL)，然6月11日至6月14日期間，周鄭煥蘭並無不適，亦無發燒之症狀，生命徵象穩定，6月14日邱秀山得知病人之血液檢查報告，依護理紀錄，記載「經醫師評估後建議持續觀察」，符合醫療常規。另低血糖可能會造成病人顫抖、心悸、焦慮、流汗、感覺異常、頭暈、無力、嗜睡、譫妄、混亂、抽搐或昏迷等症狀，當懷疑有低血糖時，應立即檢測血糖，以確定診斷。107年6月24日4時45分周鄭煥蘭有意識變化及低血糖等情形，醫師先給予靜脈注射50%葡萄糖水2安瓿注射液；4時55分，病人指尖血糖52mg/dL，再給予靜脈輸液5%葡萄糖水及生理食鹽水各1瓶；5時5分病人指尖血糖54mg/dL，醫師停用降血糖藥物；5時30分病人指尖血糖88mg/dL，當時已清醒，言談可切題；7時50分飯後血糖163mg/dL;09:00血壓145/88毫米汞柱，倦怠無力。蔡瑞修醫師評估後，將預定於9時給予之藥

物暫停；10時病人步態軟弱，倦怠無力，需人協助餵食，經醫療團隊評估後，將病人轉至精神科加護病房積極治療，飯前指尖血糖檢測從每日2次改成4次，後續固定監測意識變化及四肢肌力，顯示當時臨床上所見之倦怠、嗜睡，可能與低血糖相關，故病人經積極治療其低血糖後，意識狀態即有改善。嗣於6月25日18時病人體溫輕微升高至38°C，在該院未有相關設施及人員可進行立即性之相關檢驗室檢查之狀態下，醫師先就臨床經驗判斷，立即給予抗生素治療，且在3小時後，病人體溫恢復正常，後續未再出現體溫升高之病症。綜上，107年6月24至6月25日病人出現倦怠無力、步態軟弱、精神狀態顯嗜睡及體溫(BT)達38°C等症狀，迦樂醫院所為之醫療處置，符合醫療常規，此有衛生福利部108年10月21日衛部醫字第1081671387號函附0000000號鑑定書在卷可憑(下稱79號鑑定書，原審卷二第189頁至第190頁)。

3.至中樞神經感染，依病原體侵犯部位可分為腦膜炎與腦炎，腦膜炎常見之症狀為發燒、頭痛及頸部僵硬；若出現意識障礙、癲癇、局部神經學症狀時，代表病原體侵犯腦實質部分，即稱為腦炎。當病人出現上開臨床症狀，懷疑中樞神經感染時，需安排腰椎穿刺及腦脊髓液檢查，或加上腦部影像檢查以確診。107年6月11日至6月26日周鄭煥蘭於迦樂醫院住院期間，並無頭痛及頸部僵硬之症狀；6月23日7時50分、16時20分及6月24日4時45分周鄭煥蘭出現意識障礙，給予葡萄糖水後意識恢復正常，符合低血糖之診斷，足以排除疑似中樞神經感染。直至6月25日18時開始發燒，6月26日4時50分開始陸續癲癇，方能懷疑有中樞神經感染之症狀。6月14日邱秀山得知病人血液檢查報告結果，未出現中樞神經感染之症狀，故無必要安排腰椎穿刺及腦部磁振造影(MRI)等檢查，邱秀山或龍佛衛後續採取之觀察作為，足以懷疑病人是否有中樞神經感染之症狀，但不足以確診或排除病人罹患中樞神經感染，依周鄭煥蘭當時之臨床症狀，醫師之醫療行為符合醫療常規。再者107年6月11日周鄭煥蘭於枋寮醫院之血

液檢查結果白血球為13.1×10^3/μL，雖略高於參考值(4.5～11.0×10^3/μL)，然一般不會僅以此數據異常即決定需進一步檢查，而多以發燒作為決定進一步血液檢查之依據。而6月11日至24日期間，周鄭煥蘭無發燒、亦無其他感染之症狀，故6月14日邱秀山得知病人之血液檢查報告後評估僅需持續觀察。6月23日7時50分與16時20分及6月24日4時45分病人陸續出現倦怠無力、精神顯嗜睡等症狀，經積極治療其低血糖後，症狀即有改善，符合低血糖之臨床表現，並無其他中樞神經疾病之表現，尚無必要進行其他鑑別診斷或檢查。故周鄭煥蘭白血球值異常及後續出現倦怠無力、步態顯倦怠無力、精神顯嗜睡等徵狀時，邱秀山或龍佛衛除持續監控病人血糖變化情形外，並無需再進行其他鑑別診斷或檢查。縱使於迦樂醫院進行其他鑑別診斷或檢查，亦無法預防中樞神經感染、癲癇、腦部水腫致腦損傷；邱秀山或龍佛衛未安排進一步檢查與病人後續癲癇、腦部水腫致腦損傷間無關等，有衛生福利部109年10月29日衛部醫字第1091667239號函附0000000號鑑定書在卷可憑(下稱56號鑑定書，原審卷二第349頁至第350頁)。是依上開鑑定意見，邱秀山、龍佛衛於周鄭煥蘭7日住院起迄於25日24時止，所為醫療行為均符合醫療常規，並無怠於積極作為之醫療過失可明。

㈢被上訴人另主張周鄭煥蘭自26日上午4時50分後，已出現多次全身抽搐，昏迷指數續降至8分，邱秀山、龍佛衛於26日上午4時50分起，即已知悉周鄭煥蘭出現持續癲癇症狀，因迦樂醫院設備有限，無從為神經內科之深入治療而有轉院必要，竟遲延至8時45分許，始經召喚救護車到院，並於9時6分許始抵達枋寮醫院，期間有數小時之延誤，則邱秀山、龍佛衛自有不積極作為以盡照護義務之怠惰，而有醫療過失等語。惟為上訴人所否認，辯稱:當日上午，周鄭煥蘭病況係處於起伏狀態，時好時壞，龍佛衛已經於抽搐之第一時間，即已2次使用鎮靜劑以減緩病況衝擊，嗣於7時17分許，周鄭煥蘭甚且意識清楚回覆護理人員：「我聽到有人跟我講話。

我都睡飽了」等語，足見周鄭煥蘭迄至7時許，已有好轉，邱秀山、龍佛衛據此評估，縱需轉院治療，亦非緊急事件，僅以一般轉院程序辦理即可。又周鄭煥蘭為一70餘歲病患，且有糖尿病、高血壓及腦下垂體病變術後等情狀，實不適宜再行採取強度較高之第二線抗癲癇藥物醫治，故於等待救護車轉院期間，除續與觀察外，並無從以其餘方式治療，周鄭煥蘭本件所罹患之腦炎合併癲癇，實與邱秀山、龍佛衛之醫療處置無因果關係，縱認本件轉院確有遲延，惟仍無從免於周鄭煥蘭罹患腦炎及癲癇重積狀態，以及所生之腦損、臥床等傷害等語。惟查:

1.周鄭煥蘭於26日上午4時50分許首次出現持續20至30秒之全身抽搐癲癇症狀，繼於5分鐘後之4時55分許，又次出現持續20秒之全身抽搐症狀，龍佛衛旋指示給予注射第1劑之lorazepam肌肉鎮靜劑，及至6時，周鄭煥蘭仍持續有不定時抽搐20至30秒癲癇症狀，龍佛衛即再指示給予第2劑之lorazepam肌肉鎮靜劑注射，嗣至7時，抽搐頻率及強度均有減緩，惟仍有不定時抽搐情形出現，且昏迷指數已自5時10分之11分降至8分，並未恢復至25日21時所測量之15分正常值，有迦樂醫院護理病程記錄可按(原審卷一第93頁至第96頁)，並為兩造所未爭執，是此部分之事實堪認屬實。又依此病程紀錄委請衛生福利部醫事審議委員會(下稱醫審會)鑑定結果，認：「癲癇重積狀態屬於神經急症，定義為持續癲癇發作超過5分鐘；或連續2次癲癇發作，且在2次發作間病人沒有恢復其發作前之意識狀態，其間前後超過5分鐘。」「病人有多次不定時抽搐，且意識免未恢復至其發作前的意識狀態，故符合癲癇重積狀態之定義。即使依病程紀錄，7時17分邱秀山記載病人意識清楚，仍有癲癇重積狀態。」等語，有79號、56號鑑定書可參(原審卷二第190頁、第351頁)。則周鄭煥蘭自26日上午4時50分許首次抽搐發作時起，期間雖已經歷2針劑之lorazepam肌肉鎮靜劑注射治療，惟至上午7時許仍有不定時抽搐情形發生，且昏迷指數並未恢復至正常值，

周鄭煥蘭於此期間內，為有「癲癇重積」狀態，亦堪認定。被上訴人辯稱周鄭煥蘭症狀不符癲癇重積症狀，自無足採。而癲癇重積狀態發生後，應為如何之處置始符合醫療常規？醫審會則於56號鑑定意見中說明以：「癲癇重積狀態發作30分鐘以內，建議先使用苯二氮平類(benzodiazepines)藥物，若癲癇發作無法停止，可於給藥後5～10分鐘再給予1劑藥物；若持續增加劑量，是有可能出現危及生命之副作用，例如呼吸衰竭與低血壓；若癲癇重積狀態發作30分鐘以上仍無法控制發作，建議可使用其他抗癲癇藥物，如phenytoin、valproic acid、levetiracetam。」等語(原審卷二第351頁)。依此，龍佛衛於26日上午4時55分許及6時許，於抽搐癲癇症狀發生後，前後2次給予lorazepam肌肉鎮靜劑注射治療，與醫審會建議處置方式相同，堪認醫療作為符合醫療常規。又周鄭煥蘭於使用2次第一線鎮靜劑lorazepam後，其癲癇重積仍未解除，龍佛衛、邱秀山並未於轉院前依醫審會前揭建議之常規療法，繼續給予患者第二線鎮靜劑如phenytoin、valproic acid、levetiracetam等治療，其辯稱:周鄭煥蘭當時已70餘歲，且染有糖尿病、高血壓及腦下垂體病變術後等健康狀況，除評估轉院改交由具備神經內科專業之醫院繼續治療外，實不適宜再行採取強度較高之第二線抗癲癇藥物醫治，以免患者不堪負荷等語。而就此點，亦經醫審會提出207號鑑定書認：「迦樂醫院醫師已施打2劑鎮靜劑（lorazepam)作為癲癇重積狀態之第一線藥物處置，若能於等待轉院前同時一併施以第二線抗癲癇藥物（如phenytoin、valproic acid)治療，是更符合標準之治療流程。然當時病人雖有多次不定時抽搐，但抽搐頻率減緩，對判斷增加藥物使用屬較為困難之情境，加上本案病人為72歲高齡且患有糖尿病、高血壓，如給予第三劑針劑治療或增加藥物使用，是可能因此無法負荷而產生危及生命之後果。迦樂醫院為精神科醫療領域專科背景，難以要求其醫療行為需完全符合神經科重症之標準治療流程。迦樂醫院醫師未於等待轉院前同時一

併增加抗癲癇藥物治療，尚難謂有疏失之處，並未違反醫療常規。」等語(原審卷四第47頁)。從而，本件依周鄭煥蘭病況、身體狀況，龍佛衛、邱秀山雖於安排轉院前，未續以第二線抗癲癇藥物如phenytoin、valproic acid、levetiracetam等加以治療，亦難謂其所為處置於醫療常規顯有違背之情。

2.又於6月26日上午4時50分起，周鄭煥蘭呈現癲癇重積、意識障礙及昏迷指數下降等情形時，依據通常醫療常規，除給予患者第一、二線鎮靜劑藥物以抑制癲癇症狀外，尚應作何處置為妥適？就此點，經醫審會提出79號、207號鑑定書認：「癲癇重積可能之原因包括藥物戒斷、新陳代謝問題、發燒、藥物中毒、中樞神經感染、中樞神經腫瘤或頭部外傷等原因。治療原則在於維持病人生命徵象，安排檢驗室檢查尋找病因，積極以藥物控制其發作，可先給予鎮靜劑（lorazepam)緩慢靜脈注射，無法控制則加上抗癲癇藥物（phenytoin)緩慢靜脈注射。若多次嘗試藥物治療下，在30～60分鐘內仍未能改善其發作，應當考慮以藥物（midazolam、propofol或pentobarbital)靜脈持續灌注麻醉方式及置放氣管內管以治療病人。」、「迦樂醫院為精神科醫院，設有精神科加護病房，邱秀山為病人之主治醫師，龍醫師為加護病房專責醫師，具備醫療專業。然醫療機構設置標準中未要求需要有醫事放射及醫事檢驗設備及人員配置，且加護病房護理站應具備之設備並未要求配備呼吸器，故依107年6月26日當時迦樂醫院之醫療專業能力及設備，無法處理需以藥物麻醉並置放氣管內管治療的癲癇重積病人，亦無法提供探查原因所需之檢驗設備，即有轉診之必要。」(原審卷二第190頁、第191頁、第192頁)、「癲癇重積狀態需先穩定生命徵象，若合併呼吸衰竭，需置放氣管內管；若有休克，需給予大量靜脈輸液；另需給予抗癲癇藥物控制癲癇。針對病因，需安排腦脊髓液檢查及腦部磁振造影，以釐清病原體及病灶，並視情況給予抗生素或抗病毒藥物。」、「迦樂醫院為精神科醫療

領域專科背景，以當時之人力及設備，對癲癇病人提供初步之處置及藥物治療後安排轉院，較符合醫療常規。」、「病人有癲癇重積狀態，建議需要住進神經加護病房才能有妥善治療，病人確實有「緊急」轉院必要。如改為僅由迦樂醫院對病人投以抗癲癇藥物治療，並取消轉院治療規劃，續予留院觀察，則不符合醫療常規。」(原審卷四第47頁、第48頁)等語。依上可知，受限迦樂醫院屬精神科醫院，並非神經科專業，復以院內醫療設備有限，亦無從進一步為癲癇重積病症之探究及後續處置，是以積極安排轉院方式交由具備神經科背景及設備之醫院續與治療，並於轉院前初步以鎮靜劑等藥物抑制癲癇反應，減低腦損傷，為龍佛衛、邱秀山案發時所能處理之合於醫療常規之處置。又依上說明，龍佛衛已於26日上午4時55分，即首次抽搐發生後5分鐘，為周鄭煥蘭施予第一線鎮靜劑施打，嗣並於觀察抽搐未止時，於同日6時00分又施予第2劑之第一線鎮靜劑，醫療團隊同時並評估應予轉院治療，則龍佛衛於26日上午6時以前對周鄭煥蘭病況之處置，應認符合醫療常規，即無被上訴人指摘之未積極照護而有醫療過失情形。

3.至龍佛衛、邱秀山於26日上午6時許，就周鄭煥蘭施以第2劑鎮靜劑注射後，雖已評估轉枋寮醫院，惟嗣至同日上午8時45分許，始有救護車到場而轉診，期間經過近3小時，其安排是否適當，尚非無疑，就此，龍佛衛、邱秀山雖以前詞置辯。惟本件依上說明可知，周鄭煥蘭於26日上午4時50分許首次出現抽搐狀態時起，即持續均有20至30秒之抽搐症狀間斷出現，且昏迷指數已從前晚21時測量之滿分15分，降至8分，此情形並持續至同日上午7時，仍有抽搐症狀發生，僅頻率及強度有所減緩，惟昏迷指數依然停在8分而未恢復，參以前揭醫審會鑑定意見已經闡明，於抽搐發生後30至60分鐘內如經使用第二線鎮靜劑仍不見其效時，即應考慮改以藥物（midazolam、propofol或pentobarbital)靜脈持續灌注麻醉方式及置放氣管內管以治療病人等語，足證，癲癇重積

狀態，至遲約於1小時左右，如前階段之救治方式均未見效，即應採取強度最高之靜脈持續灌注麻醉方式及置放氣管內管方式續予治療，以抑制抽搐病症而免生腦損。龍佛衛於周鄭煥蘭首次出現持續性抽搐症狀之上午4時50分後，及至1小時10分後之上午6時，雖因考量周鄭煥蘭身體狀況，仍停留在給予第2劑之第一線鎮靜藥物lorazepam處方，惟此時應由其積極安排轉院處置，然周鄭煥蘭自4時50分許首次抽搐症狀發生後，在症狀未歇及昏迷指數未有明顯恢復狀態下，已逾1小時以上之時間，未據龍佛衛積極安排改至有能力、設備，可為患者施以上開靜脈持續灌注麻醉及置放氣管內管等緊急處置方式之醫療院所續與治療，更於本院審理時為卸免轉院延誤之過失，翻異前所稱6點已評估轉院等語，辯稱:周鄭煥蘭情況已好轉，並無緊急轉院必要，邱秀山於8時15分作成轉院之正式決定，並無轉院延宕之過失等語(本院卷一第611頁、第612頁)。惟周鄭煥蘭有多次不定時抽搐，且意識免未恢復至其發作前的意識狀態，符合癲癇重積狀態之定義，即使依病程紀錄，在7時17分邱秀山記載病人意識清楚，但其仍有癲癇重積狀態，自有緊急轉院必要，已如前述。再者，依周鄭煥蘭107年6月26日上午6時8秒護理病程紀錄記載:經醫療團隊評估今早待轉枋寮醫院。另臨時醫囑單則在同日上午8點記載轉枋寮醫院。此有該病程紀錄、醫囑單在卷可參(本院卷一第563頁、第565頁)。而有關上載文字之涵義，依記載之護理師即證人鍾秋蓮到院證稱:護理病程紀錄表示所負責之病人看完後，在一起紀錄，上面之時間是看病人的時間；所載醫療團隊評估是由龍佛衛做評估；當時紀錄是要讓病人去枋寮醫院做會診評估；紀錄之前有聯繫家屬，有聯絡救護車，而且都有聯絡到；醫囑單是邱醫師上班探視病人後說就讓病人轉去枋寮醫院等語(本院卷一第634頁至第635頁)。邱秀山亦到院陳稱:7點10幾分到加護病房，認為病人年紀大，以前也沒有抽搐過，突然出現這狀況，是否腦部有問題，所以需要轉院檢查等語(本院卷一第640頁)。

顯見周鄭煥蘭自上午4時許發生抽搐症狀後，經龍佛衛、邱秀山先後評估後早於6時即認應轉送枋寮醫院，惟周鄭煥蘭之症狀屬癲癇重積狀態，確實有緊急轉院必要，而龍佛衛於當日既受限醫療設備未能積極治療，但竟未採取必要措施，緊急轉院治療，僅評估應轉院檢查，另邱秀山為周鄭煥蘭之主治醫師，於7時10分至加護病房巡視後，應可自護理病程紀錄了解周鄭煥蘭之當日凌晨狀況，並了解為何自6點即評估轉院卻至7點仍在院，且仍未積極採取必要措施，又延至8時記載轉枋寮醫院，是龍佛衛、邱秀山同有違反醫師法第21條及醫療法第60條第1項之義務可明。至上訴人又稱迦樂醫院本身無救護車，而特約民間救護車位於屏東市，且本件不符消防隊救護車之使用，自無從期待龍佛衛、邱秀山安排緊急轉院等語。然周鄭煥蘭病況既有如上緊急情事，且龍佛衛又身兼迦樂醫院之負責人，除病患一般轉院之救護車約聘外，原應同時備妥緊急轉院救護之處置程序，以照護院內任何急症病患，自無從諉以民間救護車到場路途遙遠等語而可卸責，況為維護緊急傷病患生命安全，地方消防機關如接獲診所轉診之請求，通常會派遣救護車予以適當協助，此亦有內政部消防署104年10月6日消署護字第1040700312號函在卷可參(本院卷一第567頁)。龍佛衛、邱秀山均為專業醫師，迦樂醫院內真無緊急轉院救護車可供驅策，依前開函文所釋，亦可要求電聯119派遣救護車馳援，而與緊急醫療救護法等救護車使用規定無違，渠等僅以周鄭煥蘭狀況非緊急等語為辯，不僅顯現其非專業又輕忽該症狀嚴重之處，並失其身為醫師應就危急病人，予以適當救治或採取必要措施之義務，是其等就此所辯，顯係卸責之詞，均無足採。故依前揭醫審會對癲癇重積建議之從速救治方式及時程，觀諸龍佛衛、邱秀山就周鄭煥蘭因發生抽搐而有癲癇症狀屬癲癇重積，有緊急轉院治療部分，有違反醫師法第21條及醫療法第60條第1項所規定，未積極採取必要措施之義務，為有過失。

㈣按因故意或過失，不法侵害他人之權利者，應負損害賠償責任；又受僱人因執行職務，不法侵害他人之權利者，由僱用人與行為人連帶負損害賠償責任；另於不法侵害他人基於父、母、子、女或配偶關係之身分法益而情節重大者，被害人雖非財產上之損害，亦得請求賠償，民法第184條第1項、第188條第1項、第195條第1項、第3項分別定有明文。被上訴人主張:因龍佛衛、邱秀山之上揭遲誤轉院過失，致周鄭煥蘭受有腦損傷之臥床及不能自理生活等損害(下稱系爭損害結果)，2者間有因果關係，上訴人自應負責等語。惟為上訴人所否認，辯稱，縱認龍佛衛、邱秀山就轉院安排過程確有延誤之過失，亦非治療行為，且周鄭煥蘭所受系爭損害，實係因其罹患腦炎併癲癇所引起，與其案發前即已罹患糖尿病等病狀有關，而與延誤就醫之情無關等語。經查:

1.有關上開爭議，經醫審會鑑定意見認：腦炎為複雜之症候群，其特定病因並不容易發現。本案病人至迦樂醫院入院當時已有持續性憂鬱症、第二型糖尿病、高血壓及腦下垂體腫瘤術後等各種疾病，住院期間歷經血糖變化，影響免疫功能，嗣後發生癲癇重積狀態，轉至高榮神經科住院時，經腦脊髓液檢查結果「發現nucleated|I細胞略為升高及蛋白質增加」，該院醫師「懷疑疑似中樞神經感染」，顯示病人於迦樂醫院住院期間有罹患「腦膜腦炎合併癲癇」之風險。綜上，周鄭煥蘭係因罹患腦炎，始生治療困難之癲癇，迦樂醫院對病人之醫療處置，與病人罹患腦炎合併癲癇無關，惟與病人持續癲癇、腦部水腫致腦損傷有關。(原審卷二第192頁至第193頁，79號鑑定書鑑定意見㈤)。再參照周鄭煥蘭於受監護宣告之案件中，台灣屏東地方法院(下稱屏東地院)委請屏安醫療社團法人屏安醫院(下稱屏安醫院)就周鄭煥蘭於107年11月29日之精神狀態鑑定鑑定結果，該院經綜合參考周鄭煥蘭榮總病歷資料暨與周鄭煥蘭臨床會談資料，認：「個案於病前能夠維持一定程度的職業功能以及生活自理能力，過去罹有高血壓、糖尿病、腦下垂體腫瘤術後，個案於107

年6月26日發生意識變化及癲癇，經緊急治療下仍持續有癲癇發作，於一系列實驗室檢查與影像學檢查，排除顱內出血後診斷為腦炎，之後又發生肺炎，病後持續存在神經學後遺症，認知功能、職業功能以及生活自理能力也出現顯著障礙。個案除在意識清醒度、注意力及定向感存在顯著障礙以外，其記憶、瞭解、溝通、辨識、評價品質、抽象思考、計畫與組織等資訊處理能力也明顯受損，進而使其生活自理能力、職業功能、社交功能、健康照護能力、從事經濟活動能力皆因大腦受損而呈現顯著障礙。」此有屏東地院107年度監宣字第289號裁定足參(原審卷三第255頁至第258頁)。依此可知，周鄭煥蘭受有系爭損害，確與罹患腦炎合併癲癇症狀有關。又龍佛衛、邱秀山之處置，與患者持續癲癇、腦部水腫致腦損傷有關，亦經醫審會79號鑑定書鑑定意見㈤說明詳實，則龍佛衛、邱秀山因延遲轉診，致周鄭煥蘭無從於26日上午4時50分癲癇重積併發後，儘速於1、2小時內即接受進階之抽搐等癲癇症狀之治療，因而致生或加深腦損，終有系爭損害之病症結果發生，其不作為與損害結果之產生或擴大，有相當因果關係，亦堪認定。雖207號鑑定書鑑定意見㈦點亦提及：「腦炎亦有可能導致病人長期臥床而不能自理生活。本案病人長期臥床，與癲癇症狀間無因果關係。」等語(原審卷四第48頁)。惟綜觀本件計3次醫審會鑑定意見之全文，以及前開鑑定意見原審所詢問題為：「病人上開長期臥床情形，究係因罹患腦炎所致？抑或因腦炎引起之癲癇所導致？罹患腦炎是否必然伴隨出現癲癇症狀？如否，則單純罹患腦炎，是否亦有導致病人長期臥床而不能自理生活可能？本件病人長期臥床與癲癇症狀間，是否有因果關係？」，是醫審會前揭意見僅在說明周鄭煥蘭長期臥床與癲癇症狀無因果關係，並非針對周鄭煥蘭因癲癇重積病症未能積極解除，並致其因而持續受有癲癇抽搐而生腦水腫及腦損傷為說明，而邱秀山、龍佛衛對周鄭煥蘭之醫療處置，既與周鄭煥蘭持續癲癇、腦部水腫致腦損傷有關，業經79號鑑定

書鑑定意見㈤說明詳實，從而，上開207號鑑定書所為說明，自不影響本院認定龍佛衛、邱秀山延遲將罹患腦炎之患者緊急轉院治療，因而致腦炎所引起之癲癇持續過長而生腦損發生或擴大，並致周鄭煥蘭因而受有包含臥床、不能自理生活在內之系爭損害，2者間具有相當因果關係，故亦難據此而為上訴人有利認定。

2.邱秀山、龍佛衛就周鄭煥蘭之轉院有延宕而有過失，且過失行為與周鄭煥蘭所受系爭傷害間有相當因果關係之情，而迦樂醫院為邱秀山、龍佛衛之僱用人，為兩造不爭執，邱秀山、龍佛衛又係於執行職務時，不法侵害周鄭煥蘭之權利，迦樂醫院自應依前揭民法規定，與邱秀山、龍佛衛連帶負損害賠償責任。另周家慧、周治國為周鄭煥蘭之子女，其間感情親密，周鄭煥蘭因受有系爭傷害，終身無法自理生活，需長期臥床，由他人照料，並意識狀態不佳而受監護宣告，則周家慧、周治國與周鄭煥蘭間之母女、母子之親情、倫理及生活相互扶持之身分法益顯然受有侵害，且情節重大，其請求上訴人賠償非財產上之損害，亦屬有據。

3.又不法侵害他人之身體或健康者，對於被害人因此喪失或減少勞動能力或增加生活上之需要時，應負損害賠償責任，民法第193條第1項定有明文。周鄭煥蘭受有系爭傷害既因龍佛衛、邱秀山前揭過失所致，則周鄭煥蘭據此請求上訴人連帶賠償因而增加之生活上支出，自屬有據。又周鄭煥蘭主張自000年0月間起迄000年00月間止，共支付醫療費用114萬7,625元，另自109年12月至000年0月間支出97萬9,300元，每月尚需支付養護中心費用3萬700元，以周鄭煥蘭平均餘命為11.41年，依霍夫曼計算式扣除中間利息後，上訴人應賠償周鄭煥蘭5,458,377元等語(本院卷一第217頁、第577頁)。查:周鄭煥蘭主張於000年0月間起迄000年00月間止，共支付醫療費用114萬7,625元，另自109年12月至000年0月間支出97萬9,300元等事實，業據其檢具醫療院所費用及系爭傷害相關之支出收據為證(原審卷三第33頁至第215頁、本院卷一第

227頁至第335頁），而該單據形式上真正為上訴人所不爭執，又審視該單據內容均與周鄭煥蘭受有系爭傷害而增加之支出有關聯，自應准許。又周鄭煥蘭因系爭傷害而受監護宣告之情，亦如上述，再系爭傷害致周鄭煥蘭臥床至今，無法自理生活，推測是腦炎之神經學後遺症，其恢復可能性微乎其微；若經由復健，或許有少許改善的空間；周鄭煥蘭因腦炎、癲癇長期臥床，需專人24小時照顧等情，亦有207號鑑定書、屏東榮民總醫院龍泉分院診斷證明書在卷可憑(原審卷四第48頁、本院卷一第597頁)。是周鄭煥蘭主張於餘命期間，周鄭煥蘭終身需支應每月平均醫療支出30,700元，與常情並無不符，為有理由，應予准許。又周鄭煥蘭為00年0月00日生，至112年4月30日已77歲又105天，依主計處公布111年屏東縣女性簡易生命表，77歲女性平均餘命為11.61年，78歲女性之餘命為10.96年，是周鄭煥蘭於112年4月30日之平均餘命應有11.42年【10.96＋（11.61－10.96）×260÷365】，上訴人主張以11.41年計算並無不合，經依霍夫曼計算式，年別單利，扣除中間利息後，周鄭煥蘭此部分得請求上訴人連帶給付之金額應為：339萬2,767元【3萬700元×12×8.00000000+(3萬700元×12×0.41）×(9.00000000-0.00000000)=339萬2,767元。採四捨五入，元以下進位】。周鄭煥蘭請求333萬1,452元，即屬有據。至上訴人主張上開按月支出之費用中，應扣除膳食費等語。惟有關醫療單據內所載膳食費，為管灌費，於病患有管路時之必要繳交的每日餐費，此有屏東榮民總醫院112年11月7日屏總醫字第1120007634號函可憑，是此部分之支出係屬必要。上訴人前揭抗辯，並非可採。故連同自000年0月間起至000年0月間止，已支付之醫療費用114萬7,625元、97萬9,300元，周鄭煥蘭得請求上訴人連帶賠償之金額為545萬8,377元(114萬7,625元＋97萬9,300元＋333萬1,452元）

4.又周家慧、周治國為周鄭煥蘭之子女而得向上訴人請求精神慰撫金，已如前述。本院審酌周治國為日新高中畢業，109

至110年間無工作收入，名下亦無財產；周家慧為高職畢業，現從事超商工作，110年間有利息及股利所得9,137元，名下有房屋及土地數筆合計200餘萬元等情，業具被上訴人陳明在卷，並有稅務電子閘門所得調件明細表在卷可稽（原審卷一第233頁、明細表置證物袋內），而龍佛衛之學經歷、工作、所得及財產狀況為美國公衛博士，並現職迦樂醫院院長，110年薪資收入逾1千萬元，名下有房屋、土地合計600餘萬元；邱秀山為國防醫學院畢業，現執業醫師，110年薪資收入200餘萬元，名下有房屋、土地數筆合計1千餘萬元，亦據上訴人陳報在卷，並有扣繳憑單、稅務電子閘門所得調件明細表在卷可稽(原審卷二第123頁至第133頁)，兼衡兩造之身分、社會地位、經濟狀況、上訴人過失態樣、周家慧、周治國精神上所受痛苦程度等一切情狀，認其等請求非財產上之損害以每人各30萬元為合宜，逾此金額之請求，則無理由，不應准許。

六、綜上所述，被上訴人依侵權行為之法律關係，請求上訴人連帶給付周鄭煥蘭494萬2,398元，及其中424萬5,471元部分，自起訴狀繕本送達翌日即107年11月27日，其中69萬6,927元則自民事準備理由(三)狀送達翌日即110年2月2日起，另51萬5,979元自民事變更訴之聲明狀送達翌日即112年5月23日起，均計算至清償日止，按週年利率5%計算之利息；另應連帶給付周家慧、周治國各30萬元，及均自起訴狀繕本送達翌日即107年11月27日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息，均屬有據，應予准許。原審就上開應准許部分，為上訴人敗訴之判決，並為准、免假執行之宣告，並無不合。上訴論旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回上訴。另周鄭煥蘭擴張請求上訴人再連帶給付51萬5,979元，及自民事變更訴之聲明狀送達翌日即112年5月23日起至清償日止，按週年利率5%計算利息之部分，為有理由，爰由本院諭知如主文第二項所示。又兩造就擴張部分均陳明願供擔保，請求准、免假執行之宣告，經核均無不合，爰分別

酌定相當之擔保金額准許之。

七、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，附此敘明。

八、據上論結，本件上訴為無理由，被上訴人擴張之訴為有理由，依民事訴訟法第449條第1項、第450條、第85條第2項、第390條第2項、第392條第2項，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　113　　年　　5　　月　　8　　日

醫事法庭

審判長法　官　魏式璧

法　官　徐彩芳

法　官　楊國祥

以上正本證明與原本無異。

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，其未表明上訴理由者，應於上訴後20日內向本院提出上訴理由書（均須按他造當事人之人數附繕本）。上訴時應提出委任律師或具有律師資格之人之委任狀，並依附註條文規定辦理。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　　113　　年　　5　　月　　8　　日

書記官　曾允志

附註：

民事訴訟法第466條之1：

對於第二審判決上訴，上訴人應委任律師為訴訟代理人，但上訴人或其法定代理人具有律師資格者，不在此限。

上訴人之配偶、三親等內之血親、二親等內之姻親，或上訴人為法人、中央或地方機關時，其所屬專任人員具有律師資格並經法院認適當者，亦得為第三審訴訟代理人。

第1項但書及第2項情形，應於提起上訴或委任時釋明之。