

臺灣高等法院民事判決

111年度醫上更二字第2號

01
02
03 上 訴 人 洪堯欽
04 訴訟代理人 謝曜焜律師
05 被 上 訴 人 國立臺灣大學醫學院附設醫院
06 法定代理人 吳明賢
07 被 上 訴 人 林孟暉
08 共 同
09 訴訟代理人 古清華律師
10 複 代 理 人 楊雨璇律師

11 上列當事人間請求損害賠償事件，上訴人對於中華民國103年11
12 月28日臺灣臺北地方法院101年度醫字第41號第一審判決提起上
13 訴，經最高法院第二次發回更審，本院於113年12月31日言詞辯
14 論終結，判決如下：

主 文

15
16 上訴駁回。

17 第二審及發回前第三審訴訟費用由上訴人負擔。

事實及理由

18
19 一、按民事訴訟採處分權主義，原告應於起訴時，依民事訴訟法
20 第244條第1項第2款、第3款規定，表明及特定其作為訴訟上
21 請求之訴訟標的及其原因事實、應受判決事項之聲明。而同
22 一訴訟標的法律關係下之不同請求項目間，在原應受判決事
23 項聲明之範圍內，請求金額之流用，尚非法所不許，且無
24 「將原訴變更或追加他訴」之情形（最高法院112年度台上
25 字第78號判決意旨參照）。查上訴人起訴請求被上訴人連帶
26 賠償勞動能力減損新臺幣（下同）100萬元、精神慰撫金600
27 萬元，原審判決全部敗訴，上訴人不服提起上訴，經本院10
28 4年度醫上字第1號判決駁回（下稱本院前審），再經最高法
29 院107年度台上字第2740號判決廢棄發回，由本院108年度醫
30 上更一字第1號判決駁回上訴（下稱本院更審），嗣最高法
31 院110年度台上字第1539號判決二度廢棄發回，上訴人將

01 原應受判決事項聲明之範圍內，於本院改請求勞動能力減損
02 400萬元、精神慰撫金300萬元（本院卷(三)第414頁），並非
03 訴之追加或變更，且不再主張民法第544條請求權（本院卷
04 (三)第310頁），先予敘明。

05 二、上訴人主張：伊於民國99年7月3日在被上訴人國立臺灣大學
06 醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）健康檢查發現有淋巴結腫
07 大情形，經臺大醫院安排胸腔外科醫師即被上訴人林孟暉
08 （下稱其名，與臺大醫院合稱被上訴人）於同年月30日進行
09 縱膈腔淋巴結等切片手術（下稱系爭手術）。惟林孟暉術前
10 疏未告知伊手術內容及損傷神經風險，術中不慎損傷左側喉
11 返神經，術後造成伊左側聲帶麻痺及聲門閉合不全，致伊術
12 後出現咳嗽、聲音沙啞及易噎到等症狀，後雖因右側聲帶之
13 代償稍見緩和，惟仍受有勞動能力減損並造成精神痛苦不堪
14 等情。爰依民法第184條第1項前段、第188條第1項、第193
15 條、第195條第1項、第227條、第227條之1及修正前醫療法
16 第82條規定，求為命被上訴人應連帶給付700萬元，及自起
17 訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算利息之判
18 決。並願供擔保請准宣告假執行。

19 三、被上訴人則以：上訴人自94年起有頸部、胸、腹腔異常淋巴
20 結等症狀，於99年7月3日健康檢查時發現頸部、鎖骨、縱膈
21 腔與腹腔內多處淋巴結腫大病變，正子攝影顯現陽性反應，
22 恐為惡性疾病，臺大醫院安排林孟暉於同年月30日進行系爭
23 手術以取得淋巴切片進行病理檢驗，林孟暉於術前已向上訴
24 人詳細說明取得完整切片之必要性、風險及併發症等，經上
25 訴人簽署手術同意書。林孟暉於系爭手術係摘取位上訴人於
26 左肺動脈外側、位於中縱膈腔內之主動脈肺動脈窗（臨床上
27 簡稱為A-P window，屬軟組織及動態空間）與左肺門交接處
28 之淋巴結，距離左側喉返神經甚遠，並無損傷上訴人左側喉
29 返神經等語，資為抗辯。

30 四、原審駁回上訴人之訴及假執行之聲請，經最高法院第二次廢
31 棄發回更審，上訴人依原起訴之侵權行為、不完全給付請求

01 權，將上訴聲明更正分列為：(一)原判決廢棄。(二)先位之訴：
02 被上訴人應連帶給付上訴人700萬元，及自起訴狀繕本送達
03 翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。(三)備位之訴：
04 臺大醫院應給付上訴人700萬元，及自起訴狀繕本送達翌日
05 起至清償日止，按年息5%計算之利息。(四)願供擔保請准宣
06 告假執行。被上訴人答辯聲明：(一)上訴駁回。(二)如受不利益
07 判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

08 五、上訴人主張林孟暉於系爭手術前未盡醫療告知義務，術中不
09 慎損傷左側喉返神經，致其受有勞動能力減損及精神痛苦，
10 依民法第184條第1項前段、第188條第1項、第193條、第195
11 條第1項、第227條、第227條之1及修正前醫療法第82條規
12 定，請求被上訴人賠償勞動能力減損及精神慰撫金等情，為
13 被上訴人所否認，並以前詞置辯。經查：

14 (一)按醫療機構及醫師診治病人時，應向病人或其法定代理人、
15 家屬等關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情
16 形及可能之不良反應，醫療法第81條及醫師法第12條之1定
17 有明文。上開規定旨在強化醫療機構（醫師）之說明義務，
18 保障患者及其家屬知的權利，使患者對病情及醫療更為瞭
19 解，俾能配合治療計畫，達到治療效果。而上開說明義務之
20 內容，應以醫療機構（醫師）依醫療常規可得預見者為限，
21 尚不得漫無邊際或毫無限制的要求醫療機構（醫師）負概括
22 說明義務（最高法院109年度台上字第2795號判決意旨參
23 照）。查上訴人於99年7月3日至臺大醫院進行健康檢查，再
24 於同年月22日進行電腦斷層掃描檢查結果，對比上訴人於94
25 年間之臺大醫院腹部電腦斷層掃描、97年間之臺北榮民總醫
26 院（下稱榮總醫院）胸部電腦斷層掃描等檢查結果，有助膜
27 下毛玻璃狀陰影增大及縱膈腔淋巴結增大，為判斷上訴人縱
28 膈腔淋巴結增大之病因及診斷其有無縱膈腔淋巴結病變、左
29 下肺病變或其他惡性疾病所需，臺大醫院於99年7月27日以
30 支氣管鏡超音波導引方式施行組織切片，但因該次所得切片
31 檢體過小，且缺乏淋巴結結構，無法評估血液學疾病，若僅

01 實行縱膈腔鏡切片，無法評估新增之肋膜下毛玻璃狀陰影，
02 遂於同年月30日由臺大醫院胸腔外科醫師林孟暉為上訴人施
03 作系爭手術等情，有臺大醫院及榮總醫院之上訴人病歷資料
04 可稽（本院更審卷(一)第468至472頁及外放證物箱內病歷
05 冊），可見林孟暉進行系爭手術係為摘取上訴人淋巴切片，
06 用以判斷縱膈腔淋巴結增大病因及診斷其有無其他惡性疾
07 病。參諸上訴人配偶葉欣欣證述：上訴人因健康檢查有問
08 題，所以住院做檢查，本來做胸腔內科的檢查，但因取樣不
09 足，才改作胸腔外科的切片取樣，由於上訴人縱膈腔在手術
10 前本來就有類肉瘤（淋巴結增大），臺大醫院懷疑非良性，
11 所以才要取樣檢查等語（本院更審卷(二)第15、17頁）；佐以
12 林孟暉於109年7月29日下午8時21分簽寫手術同意書記載手
13 術內容，包括疾病名稱：「縱膈腔淋巴結病變＋左下肺病
14 變」、建議手術名稱：「胸腔鏡淋巴結切片＋肺葉切片手
15 術」、建議手術原因：「診斷」，再由上訴人聲明醫師已向
16 其解釋，並已瞭解施行系爭手術之必要性、步驟、風險及成
17 功率之相關資訊，有系爭手術同意書可稽（原審卷(一)第55至
18 56頁），益徵林孟暉於術前已告知上訴人進行系爭手術原
19 因、手術位置及必要性，其告知內容已足使上訴人瞭解醫療
20 目的係為摘取淋巴切片作為病理檢驗，用以判斷縱膈腔淋巴
21 結增大病因以及後續治療計畫，應認林孟暉已盡醫療告知義
22 務，尚不因其未於術前鉅細靡遺向上訴人說明系爭手術涉及
23 縱膈腔淋巴結與周遭神經結構（諸如喉返神經），遽認其未
24 盡告知義務。則上訴人執此主張林孟暉於術前未盡醫療告知
25 義務云云，自不可取。

26 (二)次按醫師實施醫療行為，如符合醫療常規，而被害人未能舉
27 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
28 法侵權行為。又醫療行為具有相當專業性，醫病雙方在專業
29 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
30 或人士損害賠償之訴訟，由病患舉證有顯失公平情形，而減
31 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

01 在，先證明至使法院之心證度達到降低後之證明度，獲得該
02 待證事實為真實之確信，始得認其盡到舉證責任（最高法院
03 109年度台上字第2747號判決意旨參照）。上訴人主張林孟
04 暉實施系爭手術時不慎損傷其左側喉返神經云云，惟依國立
05 成功大學醫學院附設醫院（下稱成大醫院）鑑定之病情鑑定
06 報告書（下稱成大醫院鑑定報告）所載：上訴人於99年7月3
07 0日接受系爭手術起訖時間為當日上午9時55分至10時50分，
08 林孟暉於手術中發現上訴人有些許沾黏及主動脈肺動脈窗
09 （A-P window）之淋巴結增大，經內視鏡電燒器將黏連分離
10 後，以內視鏡血管夾、內視鏡剪刀及內視鏡電燒器切下主動
11 脈肺動脈窗之淋巴結，其出血量為少量。而左側喉返神經為
12 左迷走神經之分支，分支後，在主動脈與肺動脈窗間，即動
13 脈導管附近繞過主動脈，續向上向內走在胸腔氣管左側，再
14 沿著胸腔氣管向上抵頸部咽部的聲帶處，雖電腦斷層影像無
15 法顯示A-P window區域之膈神經、迷走神經及左側喉返神
16 經，但執刀醫師可根據解剖常識，估計各個神經走向，林孟
17 暉於手術過程中切除淋巴結時除使用神經識別帶保護膈神經
18 外，並於切除淋巴結前，在分離目標淋巴結與周邊淋巴結或
19 軟組織過程中預先夾住目標淋巴結周邊的一些軟組織，而血
20 管夾之運用為當時99年間內視鏡手術之常規，因軟組織內可
21 能含有微小血管、微小淋巴管或僅是一些纖維和脂肪，夾住
22 後可以讓外科醫師用剪刀或電刀將目標淋巴結與周邊組織分
23 離，以避免不必要之術中流血或術後的淋巴液曳漏，使整個
24 手術順暢，且上開手術目的是為確定病理診斷，依臨床常規
25 僅需以最小傷害之方式摘取病患表淺且足夠之檢體即可，系
26 爭手術摘取位於左肺動脈外側之淋巴結（A-P window與左肺
27 門交接處），屬A-P window表淺處，並與左側喉返神經仍有
28 距離等情（本院更審卷(五)第21至22、24頁），亦有當日手術
29 紀錄（含譯文）、手術室護理紀錄、手術照片、電腦斷層檢
30 查影像、解剖圖、淋巴結位置圖、系爭手術摘取部位圖、電
31 腦斷層檢查影像與前揭摘取部位重疊說明圖、病理組織檢查

01 報告單、系爭手術前後電腦斷層影像比較圖可稽（原審調字
02 卷第11至14頁、原審卷(一)第63、64、110至112、138、139、
03 288頁、本院前審卷(一)第117、121頁、本院更審卷(二)第87、8
04 9、456至474頁、本院更審卷(五)第159至167、194至198、391
05 頁、外放證物箱編號(五)臺大醫院病歷冊第101頁）。再比對
06 系爭手術前、後A-P window周邊軟組織之電腦斷層影像，摘
07 取之淋巴結於術後在A-P window已消失，其位置係自左肺動
08 脈第一個分支即編號5淋巴結所在A-P window與左肺門交界
09 處往頭側計算，至少距離左側喉返神經約2公分至2.5公分左
10 右，而位於A-P window之淋巴結中，以編號4L淋巴結、編號
11 6淋巴結最為接近左側喉返神經，依術前電腦斷層影像顯示
12 在左側喉返神經繞過主動脈弓處沒有編號6淋巴結，依術後
13 電腦斷層影像顯示在左側喉返神經繞過主動脈弓處之編號4L
14 淋巴結處沒有血管夾，且依術前、術後電腦斷層影像顯示編
15 號4L淋巴結仍存在，非系爭手術切片摘除之淋巴結等情，有
16 成大醫院鑑定報告及111年8月9日成附醫鑑0283-1號補充回
17 函、電腦斷層影像可稽（本院更審卷(五)第25至26、34至35、
18 37頁、本院卷(一)第604至605頁、本院卷(三)第190頁）。可見
19 林孟暉係在A-P window表淺處摘取淋巴結切片，非摘取最接
20 近左側喉返神經之編號4L淋巴結，且摘取之淋巴結距離左側
21 喉返神經尚有2公分至2.5公分，則上訴人主張林孟暉在其左
22 側喉返神經鄰近淋巴結進行系爭手術云云，與上開鑑定依手
23 術前後電腦斷層比對結果不符，自無可取。

24 (三)上訴人另以系爭手術造成其左側喉返神經受損，始於術後有
25 咳嗽、聲音沙啞、易噎到等病症，並非本身類肉瘤病症所致
26 云云，固提出其於99年7月23日檢查聲帶並無異常之臺大醫
27 院會診申請報告單為證（前審卷(三)第47頁），且臺大醫院
28 「住院病患身體評估紀錄表」紀錄其於術後7月31日有咳
29 嗽，同日及8月1日「排痰／痰液量」欄記載「可自咳／少
30 量」，林孟暉有開立咳嗽藥物等情（原審卷(一)第256頁），
31 及葉欣欣、上訴人之子洪斌傑、上訴人前任及現任事務所助

01 理李莉雯、劉健右、客戶何天明、黃瑞章證述上訴人術後聲
02 音沙啞、咳嗽、說話吃力、易噎到等情（本院更審卷(二)第11
03 至21頁、本院卷(二)第194至200頁）。雖衛生福利部醫事審議
04 委員會第1020214號鑑定書（下稱醫審會鑑定書）及成大醫
05 院鑑定報告就喉返神經遭切斷或損傷之案例，提及：聲帶麻
06 痺的原因之一為喉返神經受損（包含切斷、拉扯及熱損
07 傷），而左側喉返神經如有損傷，會出現「咳嗽」、「聲音
08 沙啞」、「易噎到」等症狀（原審卷(一)第241、本院更審卷
09 (五)第42頁），惟上開鑑定意見係以喉返神經遭切斷或損傷為
10 前提。且查：

- 11 1. 林孟暉於系爭手術摘除上訴人之淋巴結切片位置，距離左側
12 喉返神經尚有2公分至2.5公分，依術後電腦斷層顯示結果，
13 最接近左側喉返神經之4L淋巴結於術後仍存在，且該處無使
14 用切片手術所需之血管夾，並非系爭手術位置等情，業如前
15 述。參諸成大醫院鑑定報告記載：依術中電腦斷層掃描相
16 片，林孟暉用黑色神經識別帶保護膈神經，根據上訴人於10
17 0年5月25日於榮總醫院拍攝之術後胸部X光，左側橫膈位置
18 正常，證明左側膈神經沒有損傷（本院更審卷(五)第35至36
19 頁），且醫審會鑑定書係以：無醫學上證據足以認定林孟暉
20 施行系爭手術過程中有切斷或損傷上訴人左側喉返神經之可
21 能（原審卷(一)第241頁背面），難認林孟暉於系爭手術過程
22 中有損傷淋巴結周遭神經。又林孟暉術後為上訴人開立咳嗽
23 相關藥物，為胸腔手術後多數病患均會常規開立之藥物，且
24 插管、全身麻醉和胸腔手術，術後咳嗽是常見的現象等情，
25 經成大醫院鑑定報告說明在卷（本院更審卷(五)第42頁），無
26 從以林孟暉術後開立咳嗽藥物推知上訴人左側喉返神經受
27 損。
- 28 2. 上訴人主張術後尚有聲音沙啞、聲帶麻痺等病症，係系爭手
29 術損傷左側喉返神經受損所致云云，惟參醫審會鑑定書記載
30 略以：依上訴人臺北榮民總醫院病歷紀錄，100年4月23日及
31 5月25日至胸腔內科蕭光明醫師就診時，蕭醫師依臺大醫院

01 之切片病理報告為非乾酪性肉芽腫，而診斷為類肉瘤，而類
02 肉瘤病為一種可侵犯全身各系統之非乾酪性肉芽腫病變，其
03 發生原因不明，可侵犯全身器官，週邊淋巴結、肝、脾、
04 腎、眼、中樞神經系統、心臟、骨骼系統等皆有可能受到侵
05 犯，惟大多以雙側肺門淋巴腺腫大及肺浸潤性病變表現，初
06 期肺部X光檢查影像可見肺門及縱膈之淋巴結腫大。類肉瘤
07 之臨床表現，為淋巴結腫大，故可能造成病人之持續縱膈腔
08 淋巴結腫大，且其可直接影響喉嚨，引起聲音嘶啞，另外非
09 乾酪性肉芽腫壓迫疑核（nucleus ambiguus）、迷走神經或
10 喉返神經分支，亦有可能引起聲音嘶啞（類肉瘤影響神經系
11 統之病例約5%至10%），故類肉瘤若導致喉返神經受壓
12 迫，即有可能出現「左側聲帶麻痺」、「咳嗽」、「聲音沙
13 啞」及「易嗆到」等症狀，依前述類肉瘤可能造成之症狀及
14 相關病歷紀錄，無法排除上訴人之左側聲帶麻痺是由類肉瘤
15 所導致等情（原審卷(一)第242頁背面至第243頁）。佐以醫審
16 會鑑定書記載聲帶麻痺原因包括：「依教科書（Jatin Sha
17 h's Head and Neck Surgery and Oncology, Fourth Editio
18 n, 第10章），聲帶麻痺有多種原因，可能由喉部腫瘤或其他
19 條件，如腦血管疾病、中樞神經系統病變、影響迷走神經之
20 腫瘤或手術、甲狀腺癌侵犯喉返神經及縱膈腔疾病或醫源性
21 迷走神經或喉返神經損傷」（原審卷(一)第241頁），以及成
22 大醫院鑑定報告記載：「很多原因都會造成咳嗽，要細問病
23 史，再配合理學檢查和檢驗工具才能歸納出可能原因」、
24 「術後即使出現聲音嘶啞，也可能與氣管插管損傷、局部壓
25 迫水腫等原因有關」、「插管、全身麻醉和胸腔手術，術後
26 咳嗽是常見的現象」（本院更審卷(五)第26、42頁）。可見聲
27 帶麻痺有多種原因，尚難僅因上訴人於系爭手術後出現與聲
28 帶麻痺相類似症狀，遽認係系爭手術不慎損及左側喉返神
29 經，而非上訴人其他身體狀況所致。

- 30 3. 再參臺大醫院血液腫瘤科侯信安醫師證述：依據上訴人99年
31 7月21日入院紀錄，主訴咳嗽超過2年時間，根據門診病歷紀

01 錄，上訴人在99年8月27日門診時首次跟伊提到喉嚨有點疼
02 痛、沙啞，似乎有點吞嚥困難等症狀，但成因需作相關檢查
03 或釐清，故伊將其轉介到耳鼻喉科，另上訴人同年7月22日
04 拍攝電腦斷層影像，其淋巴結增生的位置是有可能壓迫到喉
05 返神經，學理上早期如果是輕微壓迫，不見得會有症狀，若
06 是明顯壓迫時，可能會造成聲音沙啞或聲門閉鎖不全，有些
07 人會有吞嚥困難或容易噎到等語（本院前審卷(二)第5至6
08 頁）；臺大醫院耳鼻喉科醫師林志峰證述：99年8月27日上
09 訴人轉介至伊門診就診時，伊有幫上訴人進行內視鏡檢查顯
10 示其雙側聲帶皆有活動，惟左側活動力稍低，但未完全麻
11 痺，伊診斷為左側聲帶輕癱等語（本院前審卷(二)第7頁）；
12 長庚醫院醫師吳禹利證述：造成聲帶麻痺的原因很多，上訴
13 人雖來過伊門診6次，但伊無法明確判斷其造成原因，因喉
14 返神經非常細，無相關電、生理檢查可做，病人聲帶麻痺之
15 檢查方式主要是聽病人的聲音，伊是根據上訴人陳述來瞭解
16 其手術情形、前後聲音沙啞狀況，據此判斷為急性聲帶麻
17 痺，及推論也許與麻醉插管或執行淋巴切片手術過程有關，
18 但伊對上訴人在臺大醫院所作手術詳細開刀位置並不瞭解，
19 沒有進行過這方面手術，也沒有看過上訴人在臺大醫院病
20 歷，且上訴人沒有告訴伊有類肉瘤病史，所以伊沒有作影像
21 學的檢查等語（本院前審卷(二)第9至12頁）；佐以長庚醫院
22 醫師李學禹、方端仁書面函覆：臨床上聲帶麻痺之可能原因
23 眾多，單側聲帶麻痺可能由全身麻醉插管引起，也可能由本
24 身縱膈腔腫瘤或淋巴腫大情形導致壓迫引起，亦有文獻報導
25 可能由胸腔鏡手術引起，但根據該院病歷資料，無法判定原
26 因，須依當時臺大醫院之影像、病歷及手術記錄為主等語
27 （本院前審卷(二)第88至92、110至114頁）。可見上訴人於系
28 爭手術後雖出現咳嗽、聲音沙啞、易噎到等症狀，並經臺大
29 醫院診斷為左側聲帶輕癱，惟上開多名診療上訴人左側聲帶
30 之醫師未析研系爭手術病歷資料，僅從醫學角度提出上訴人
31 左側聲帶輕癱可能原因，並無法證明系爭手術有損傷上訴人

01 左側喉返神經。

02 4. 上訴人另執證人即臺大醫院醫師侯信安通話之錄音紀錄（本
03 院前審卷(二)第252至255頁、本院卷(一)第161至164、169至173
04 頁），主張林孟暉於系爭手術中損傷左側喉返神經云云，惟
05 侯信安在通話過程係以保持沈默或安撫上訴人於對話期間抒
06 發之意見，並無指述系爭手術過程。則上訴人主張林孟暉於
07 系爭手術有過失損傷左側喉返神經云云，自不可取。

08 (四) 基上，林孟暉於術前善盡系爭手術之說明義務，經上訴人同
09 意後進行系爭手術，摘取A-P window表淺處淋巴結之切片，
10 其位置距離左側喉返神經仍有2公分至2.5公分，並無未盡醫
11 療注意義務損傷左側喉返神經情事。至上訴人主張系爭手術
12 造成其勞動能力減損，聲請送成大醫院鑑定勞動能力減損程
13 度，惟依成大醫院113年1月25日成附醫鑑0283-2號病情鑑定
14 報告書記載上訴人勞動能力減損程度為：「…考量診斷、全
15 人障害等級、未來營利能力、職業類別、與診斷當時年齡
16 後，估算全人勞動能力減損0%」（本院卷(三)第287頁），又
17 上訴人既未證明林孟暉有未盡醫療注意義務之過失，自無庸
18 再審究於過失責任成立後之勞動能力等損害賠償請求項目是
19 否可採，併予敘明。則上訴人依侵權行為、不完全給付或修
20 正前醫療法等規定，請求被上訴人連帶賠償或臺大醫院賠償
21 減少勞動能力及精神慰撫金700萬元云云，為無理由。

22 六、綜上所述，上訴人依民法第184條第1項前段、第188條第1
23 項、第193條、第195條第1項及修正前醫療法第82條等規
24 定，先位請求被上訴人連帶給付700萬元，及自起訴狀繕本
25 送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息，以及依民
26 法第227條、第227條之1及修正前醫療法第82條規定，備位
27 請求臺大醫院給付700萬元，及自起訴狀繕本送達翌日起至
28 清償日止，按年息5%計算之利息，均無理由，不應准許。
29 原審駁回上訴人之請求及假執行之聲請，並無不合，上訴意
30 旨指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回其上
31 訴。

01 七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊或防禦方法及所用證據，
02 經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不逐一
03 論列，併此敘明。

04 八、據上論結，本件上訴為無理由。依民事訴訟法第449條第1
05 項、第78條，判決如主文。

06 中 華 民 國 114 年 2 月 11 日

07 醫事法庭

08 審判長法官 傅中樂

09 法官 黃欣怡

10 法官 陳彥君

11 正本係照原本作成。

12 如不服本判決，應於收受送達後20日內向本院提出上訴書狀，其
13 未表明上訴理由者，應於提出上訴後20日內向本院補提理由書狀
14 （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
15 具有律師資格之人之委任狀；委任有律師資格者，另應附具律師
16 資格證書及釋明委任人與受任人有民事訴訟法第466條之1第1項
17 但書或第2項所定關係之釋明文書影本。

18 中 華 民 國 114 年 2 月 12 日

19 書記官 陳冠璇