

身心障礙者維生器材及生活輔具診斷證明書

(申請居家身心障礙者維生器材及必要生活輔具用電優惠用)

流水編號(醫院自行編號)：

| | | | | | | | | | |
|-----------------|--|----|---|----------|-----------|---|---|----------|-----|
| _____醫院 | | | | | | | | | |
| 姓名 | | | | | 性別 | | | | |
| 年齡 | 歲 | | | | 民(前)國 | 年 | 月 | 日 | 生 |
| 身分證字號 | | | | | | | | | |
| 戶籍地址 | 縣 | 鄉鎮 | 村 | 鄰 | 路 | 段 | 巷 | 弄 | 號之樓 |
| | 市 | 區市 | 里 | | 街 | | | | |
| 評估日期 | 年 | 月 | 日 | 病歷 號碼 | | | | 聯絡 電話 | |
| 病名及健康功能狀況 | | | | | | | | | |
| 使用維生器材或輔具原因 | <input type="checkbox"/> 進行呼吸治療 <input type="checkbox"/> 進行氧氣治療 <input type="checkbox"/> 進行咳痰或抽痰治療 <input type="checkbox"/> 神經系統損傷或病變 <input type="checkbox"/> 皮膚構造損傷 <input type="checkbox"/> 罕見疾病： <input type="checkbox"/> 行動或身體不便 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | | | | |
| 請詳述治療經過、預後及醫師囑言 | | | | | | | | | |
| 維生器材及輔具需求評估 | 經評估需持續使用下列器材： <input type="checkbox"/> 氧氣製造機 <input type="checkbox"/> 呼吸器 ^{註5} <input type="checkbox"/> 血氧監測儀 ^{註6} <input type="checkbox"/> 抽痰機 ^{註6} <input type="checkbox"/> 咳痰機 <input type="checkbox"/> 化痰機 ^{註6} <input type="checkbox"/> 電動拍痰器 ^{註6} <input type="checkbox"/> 眼控滑鼠 <input type="checkbox"/> 電動輪椅 <input type="checkbox"/> 電動代步車 <input type="checkbox"/> 電動床 <input type="checkbox"/> 氣墊床 <input type="checkbox"/> 身體排汗功能喪失 <input type="checkbox"/> 調解體溫功能喪失 <input type="checkbox"/> 患有外胚層發育不良症(無汗症) <input type="checkbox"/> 患有遺傳性表皮分解性水皰症(泡泡龍) <input type="checkbox"/> 患有魚鱗癬症 經診斷須使用冷氣調節室溫，方能維持身體功能。 <input type="checkbox"/> 長期臥病使用維生設備 <input type="checkbox"/> 腦部或神經病變、肌肉病變、代謝異常引發肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 其他行動不便的神經性病患：_____ 經診斷有體溫調節失調或環境溫度適應失調，確有使用電暖器之需求。 | | | | | | | | |
| 院長： | | | | | 診治醫師： | | | | |
| | | | | | 專科醫師證書字號： | | | | |
| 中華民國 | 年 | | | 月 | | | 日 | | |

備註：1. 本診斷證明書請務必載明在看診病例上。 2. 限居家自行照顧者申請。 3. 本診斷證明書有效期限為3個月。

4. 請加蓋醫院關防。 5. 呼吸器診斷證明書應由具胸腔內科、胸腔外科及小兒科專科醫師資格者開立。

6. 血氧監測儀、抽痰機、化痰機及電動拍痰器之診斷證明書，應由內科、外科或兒科且具有心臟相關專業訓練之專

科醫師，或神經科、耳鼻喉科、精神科、復健科、內科、外科且具有胸腔或睡眠醫學相關專業訓練之專科醫師，或兒科且具有胸腔或重症相關專業訓練之專科醫師開立。