

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。