

雇主申請聘僱家庭外籍看護工專用診斷證明書

_____醫院

(限公辦公營之公立醫院、經衛生署評鑑合格區域級以上醫院、或精神專科醫院)

衛生主管機關許可設立字號：_____縣市_____字第_____號

姓名		性別		身分證字號									
年齡	歲	民(前)	國	年	月	日	生						
現居地址	縣		鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	之	樓	
	市		區市	里		街							
應診日期	年	月	日	病歷號碼				科別					

※ 本證明書須加蓋醫院印信(字體模糊、難以判讀者請另以書寫註明)、院長及診治醫師戳章，否則無效。

※ 請診治醫師勾選患者符合附表各項特定病症及病情之項目，並於正頁親筆簽註患者之病名、病情及預後，且各項特定病症及病情附表第一項至第廿五項皆須配合填寫背頁之巴氏量表，另背頁與附表間須加蓋騎縫章。

※ 背頁巴氏量表之總分欄及附表診治醫師勾選欄，須由診治醫師親筆勾選填註及加蓋醫師戳章，並不得塗改，否則無效。

※ 背頁巴氏量表之各項評分欄中如有塗改者，須加蓋醫師戳章。

病名	
醫師囑言：	

院長：_____ 科主任：_____ 診治醫師：_____

※如病患屬失智症CDR評分一分者，須由二位專科醫師共同簽章認定有須專人協助照護必要。

中華民國_____年_____月_____日

巴氏量表 (BARTHEL'S SCORE) :

項 目	分數	內 容
一、進食	10 5 0	<input type="checkbox"/> 自己在合理的時間內(約十秒鐘吃一口)可用筷子取食眼前的食物。若需進食輔具時,應會自行穿脫。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。 <input type="checkbox"/> 無法自行取食或耗費時間過長。
二、輪椅與床位間的移動	15 10 5 0	<input type="checkbox"/> 可獨立完成,包括輪椅的煞車及移開腳踏板。 <input type="checkbox"/> 需要稍微的協助(例如:予以輕扶以保持平衡)或需要口頭指導。 <input type="checkbox"/> 可自行從床上坐起來,但移位時仍需別人幫忙。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙方可坐起來或需別人幫忙方可移位。
三、個人衛生	5 0	<input type="checkbox"/> 可獨立完成洗臉、洗手、刷牙及梳頭髮。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
四、上廁所	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行進出廁所,不會弄髒衣物,並能穿好衣服。使用便盆者,可自行清理便盆。 <input type="checkbox"/> 需幫忙保持姿勢的平衡,整理衣物或使用衛生紙。使用便盆者,可自行取放便盆,但須仰賴他人清理。 <input type="checkbox"/> 需他人幫忙。
五、洗澡	5 0	<input type="checkbox"/> 可獨立完成(不論是盆浴或沐浴)。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙。
六、行走於平地上	15 10 5 0	<input type="checkbox"/> 使用或不使用輔具皆可獨立行走50公尺以上。 <input type="checkbox"/> 需要稍微的扶持或口頭指導方可行走50公尺以上。 <input type="checkbox"/> 雖無法行走,但可獨立操縱輪椅(包括轉彎、進門、及接近桌子、床沿)並可推行輪椅50公尺以上。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙。
七、上下樓梯	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行上下樓梯(允許抓扶手、用拐杖) <input type="checkbox"/> 需要稍微幫忙或口頭指導。 <input type="checkbox"/> 無法上下樓梯。
八、穿脫衣服	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行穿脫衣服、鞋子及輔具。 <input type="checkbox"/> 在別人幫忙下、可自行完成一半以上的動作。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙。
九、大便控制	10 5 0	<input type="checkbox"/> 不會失禁,並可自行使用塞劑。 <input type="checkbox"/> 偶爾失禁(每周不超過一次)或使用塞劑時需人幫助。 <input type="checkbox"/> 需別人處理(挖大便)。
十、小便控制	10 5 0	<input type="checkbox"/> 日夜皆不會尿失禁,並可自行使用塞劑。 <input type="checkbox"/> 偶爾會尿失禁,(每週不超過一次)或尿急(無法等待便盆或無法即時趕到廁所)或需別人幫忙處理。 <input type="checkbox"/> 需別人處理。
總 分		分(總分須大寫及加蓋醫師簽章,並不得有塗改情形,否則無效)

附表：各項特定病症及病情附表

- 1 神經性膀胱病。
- 2 嚴重灼燙傷（30% 以上）或電傷。
- 3 關節病變導致腕、膝、肘、肩至少二個關節僵直或收縮性攣縮（至少包含一個下肢關節才算）。
- 4 慢性關節炎。
- 5 尿路永久改道需長期照顧人工造瘻且不良於工作者。
- 6 經醫師專業判斷評估認定為罹患嚴重慢性病或其他重大惡疾，如有嚴重併發症的高血壓，糖尿病，心臟病或慢性肝、腎、肺疾，營養不良，複雜性骨折等。
- 7 雙側腕關節人工關節置換術後皆鬆脫，須重置換者或運動功能受損無法自行下床活動者。
- 8 雙側腕關節皆自行關節切除術。
- 9 雙膝人工關節置換術後皆鬆脫，需重置換者。
- 10 類風濕性關節炎併發多處關節變形。
- 11 雙下肢或一上肢併一下肢，開放性粉碎性骨折合併骨髓炎，有影響到運動功能者（須靠輔助器才能行動）。
- 12 慢性阻塞性肺炎。
- 13 重要器官障礙重度等級以上。
- 14 嚴重骨質疏鬆症病人。
- 15 腦血管意外（腦中風）。
- 16 腦外傷。
- 17 腦性麻痺。
- 18 脊髓損傷。
- 19 其它神經病變（含中樞神經及周邊神經病變）。
- 20 兩下肢或兩上肢或一上肢併一下肢，截癱或偏癱（肌力第三度以下）以上。
- 21 兩下肢或兩上肢或一上肢併一下肢，截肢以上。
- 22 癱瘓。
- 23 神經或肌肉病變所致之肢體運動功能障礙達重度等級以上者（該項疾病有去髓鞘等各種週邊神經病變、肌無症及肌失養症等各種神經病變）。
- 24 兩眼矯正視力在 0.01 以下者。
- 25 癌症末期。
- ※26 天皰瘡：範圍大於體表面積 30% ，經醫師評估需人長期照護六個月以上者。
- ※27 類天皰瘡：範圍大於體表面積 30% ，經醫師評估需人長期照護六個月以上者。
- ※28 紅皮症：持續六個月以上，經醫師評估需人長期照護六個月以上者。
- ※29 先天性表皮水皰症：範圍大於體表面積 30% ，經醫師評估需人長期照護六個月以上者。
- ※30 水皰性魚鱗癬樣紅皮症：範圍大於體表面積 30% ，經醫師評估需人長期照護六個月以上者。
- ※31 運動神經元疾病，經醫師評估需人長期照護六個月以上者。
- ※32 慢性多發性硬化，經醫師評估需人長期照護六個月以上者。
- ※33 小腦萎縮，經醫師評估需人長期照護六個月以上者。
- ※34 失智症：經醫師評估需人長期照護六個月以上者，須符合以下資格之一者：
 1. CDR（臨床失智評估量表）二分以上者。
 2. CDR 一分者，須由二位醫師意見一致認定有需專人協助照護必要。
- ※35 蕈樣黴菌病，經醫師評估需人長期照護六個月以上者。
- ※36 Sezary 症候群，經醫師評估需人長期照護六個月以上者。

註 1：※之病症項目免巴氏量表評分。

註 2：如病患屬第 34 項失智症者，另須檢附其 CDR 量表（臨床失智評估量表）正本乙份。