

臺北市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 關防	
姓名						性別					
年齡	歲					民(前)國	年	月	日生		
身份證字號											
戶籍地址	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	之	樓
評估日期	年	月	日	病歷 號碼				聯絡 電話			
病名及健康功能狀況											
請詳述治療經過、預後及醫師囑言											
使用維生器材或輔具原因 (請由醫師勾選並於每一打勾處加蓋醫師章)	<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"/> 罕見疾病： <input type="checkbox"/> 其他：										
維生器材及輔具需求評估 (請由醫師勾選並於每一打勾處加蓋醫師章)	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 <input type="checkbox"/> 血氧監測儀 <input type="checkbox"/> 抽痰機 <input type="checkbox"/> 咳痰機 <input type="checkbox"/> 化痰機 <input type="checkbox"/> 電動拍痰器 <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										
	經評估因 <input type="checkbox"/> 神經系統損傷或病變 <input type="checkbox"/> 皮膚構造損傷 導致 <input type="checkbox"/> 身體排汗功能喪失 <input type="checkbox"/> 調解體溫功能喪失 或 <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. 每一打勾處均應加蓋醫師章始為有效。 4. 請加蓋醫院關防。 5. 本診斷證明書有效期限為3個月。