

臺北市身心障礙者醫療輔助器具診斷證明書

(身心障礙者申請醫療輔具用)

1010816 制定

流水編號(醫院自行編號):

醫
院

1101222 修定

醫院									
姓名				性別					
年齡	歲			民國(前)	年	月	日	生	
身分證字號									
戶籍地址	縣(市) 路(街)		鄉(鎮、市、區) 段 巷 弄			村(里) 號		鄰 樓之	
評估日期	年	月	日	病歷號碼		連絡電話			
病名及健康功能狀況									
需使用輔具之原因	<input type="checkbox"/> 呼吸障礙		<input type="checkbox"/> 呼吸功能不全		<input type="checkbox"/> 燒燙傷		<input type="checkbox"/> 皮膚損傷		
	<input type="checkbox"/> 身體腫瘤		<input type="checkbox"/> 循環障礙		<input type="checkbox"/> 其他：_____				
請詳述治療經過、預後及醫師囑言									
醫療輔具需求評估	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 目前無法判斷，理由：_____								
	項目： <input type="checkbox"/> 血氧偵測儀(血氧機) ^{註5} <input type="checkbox"/> 氧氣製造機 ^{註5} <input type="checkbox"/> 化痰機(噴霧器) ^{註5} <input type="checkbox"/> 電動拍痰器 ^{註5} <input type="checkbox"/> 咳嗽(痰)機 ^{註5} <input type="checkbox"/> 非蓄電式抽痰機 ^{註5} <input type="checkbox"/> 蓄電式(交直流兩用)抽痰機 ^{註5} <input type="checkbox"/> 雙相陽壓呼吸輔助器(Bi-PAP) ^{註5} <input type="checkbox"/> 單相陽壓呼吸器(C-PAP) ^{註5} <input type="checkbox"/> 壓力衣 ^{註6} <input type="checkbox"/> 矽膠片 ^{註6} <input type="checkbox"/> A款-頭部、頸部 <input type="checkbox"/> B款-肩部、胸部、腹部、背部 <input type="checkbox"/> C款-右上臂、右肘、右前臂 <input type="checkbox"/> D款-右手、右腕 <input type="checkbox"/> E款-左上臂、左肘、左前臂 <input type="checkbox"/> F款-左手、左腕 <input type="checkbox"/> G款-腰部、臀部、左大腿、右大腿 <input type="checkbox"/> H款-右小腿 <input type="checkbox"/> I款-右踝、右足 <input type="checkbox"/> J款-左小腿 <input type="checkbox"/> K款-左踝、左足								
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歷上；且應由身心障礙鑑定醫院開立。2.限居家自我照顧所需者申請。3.本診斷證明書有效期限為3個月。4.請加蓋醫院關防。5.由神經科、耳鼻喉科、精神科、復健科；內、外科且具有胸腔或心臟相關專業訓練等專科醫師；兒科且具有胸腔、重症相關專業訓練等專科醫師。6.由皮膚科、臨床病理科、整形外科、耳鼻喉科、口腔顎面外科或復健科等專科醫師。