

臺北市衛生局申辦醫療機構到宅專業評估申請表

110年4月27日修訂

一、申請人及被照顧者基本資料填寫：

傳真(02) 27586533 電話(02) 27208889轉1869  
地址：臺北市信義區市府路1號

申請人資料									
申請人姓名	身分證統一編號								
聯絡電話	日間電話:	聯絡地址							
	行動電話:								
傳真號碼	電子信箱帳號								
被照顧者資料									
被照顧者姓名	身分證統一編號								
出生年月日	民國	年	月	日	與申請人關係				
居住(評估)地址									
申請日期： 年 月 日			申請人簽名並蓋章				代理人簽章		
附註：填表人如係受託辦理，應附委任書。如未附委任書者應於3日內向本中心提出委任書，未依限提出者，代理視為無效，申請人應重新提出申請。									
依據衛生福利部規範申請資格標準，符合下列條件之一者 實際居住在臺北市且符合下列條件之1者： 1. 全癱無法自行下床者。 2. 需24小時使用呼吸器或維生設備者。 3. 植物人。 4. 領有極重度身心障礙手冊者。 ◆ 領有勞動部公告「特定身心障礙項目」手冊重度以上等級者，即可持該手冊至本中心辦理申請聘僱作業，無須再至醫院另行評估。					申請應檢附資料 ■ 申請人與被照顧者之身分證正反面影本。 ■ 應檢具下列資料之1 1. 專科醫師開立詳述近病況之診斷證明書。 2. 專科醫師開立與上述標準相關之就診、入院或出院摘要。 3. 身心障礙手冊(若無則免提供)。 ◆ 依勞動部規定，持有植物人身心障礙鑑定手冊，或巴氏量表評為0分且於6個月內病情無法改善者，得申請聘僱2名外籍看護工，餘未載事項依勞委會規定辦理。				

二、地方政府填寫：

受理日期	受理案件編號								
處理方式	<input type="checkbox"/> 轉介到宅評估醫療機構 <input type="checkbox"/> 不予受理，請說明：								
填表單位：長期照護管理科						日期： 年 月 日			
填表者/轉介者：			電話及分機：			傳真：			

三、醫療機構填寫：

受理醫療機構轉介日期	年 月 日	受理醫療機構名稱							
<input type="checkbox"/> 「全民健康保險居家醫療照護整合計畫診所」之居家醫療病人，確認符合衛生福利部規範到宅評估相關條件之一者，免附檢具病摘或診斷書。		受理醫療機構評估結果	<input type="checkbox"/> x 被照顧者(未滿80歲)有全日照護需要。 <input type="checkbox"/> y 被照顧者(滿80歲未滿85歲)有全日照護需要。 <input type="checkbox"/> w 被照顧者(滿85歲以上)有輕度依賴照護需求 <input type="checkbox"/> z 巴氏量表0分且6個月內無法改善 <input type="checkbox"/> b 被看護者不符合上述四項評估結果 <input type="checkbox"/> c 目前無法判斷						
受理醫療機構處理完成日期： 年 月 日 病症暨失能診斷書開立日期： 年 月 日									
回復日期	年 月 日	到宅專業評估醫師蓋章				醫療機構負責人蓋章			

# 本局申辦醫療機構到宅專業評估申請表填表說明

## 一、申請人及被照顧者基本資料填寫

- 依照實際基本資料作填寫。
- 申請人填畢本表，欄位簽名並蓋章後，本表正本、申請人與被照顧者之身分證正反面影本身分證、專科醫師開立詳述近病況之診斷證明書或與前述標準相關就診、入院或出院摘要，採郵寄(掛號)、親送方式送達本局

## 二、地方政府填寫

- 受理申請人提供送達本局上開正本資料，進行審查。
- 審查資料以電子郵件並加密傳遞至受理醫療機構並將正本資料採郵寄(掛號)送達
- 填表單位：指本局審查及其聯繫方式

## 三、醫療機構填寫

- 轉介日期：係指本局郵寄(掛號)送達日
- 處理完成日期及病症暨失能診斷證明書開立日：係指至被照顧者訪視評估日
- 評估結果：
  - 勾選x、y、w 結果選項，為具有24小時照護需求。
  - 勾選z結果選項，為具有申請照顧人力為2位。
  - 勾選b、c結果選項，為未具24小時照護需求。
- 處理回覆：受理醫療機構之處理情形並先行傳真方式本表回覆本局辦理情形，並將本表正本、申請聘僱外籍看護工基本資料傳遞單、病症暨失能診斷證明書、巴氏量表、健康功能附表依序裝訂後，以 郵寄 (掛號)方式送達本局。