

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	☐ 進行呼吸治療 ☐ 進行氧氣治療 ☐ 進行咳痰或抽痰治療 ☐ 神經系統損傷或病變 ☐ 皮膚構造損傷 ☐ 罕見疾病： ☐ 行動或身體不便 ☐ 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： ☐氧氣製造機 ☐呼吸器^{註5} ☐血氧監測儀^{註6} ☐抽痰機^{註6} ☐咳痰機 ☐化痰機^{註6} ☐電動拍痰器^{註6} ☐眼控滑鼠 ☐電動輪椅 ☐電動代步車 ☐電動床 ☐氣墊床 ☐身體排汗功能喪失 ☐調節體溫功能喪失 ☐患有外胚層發育不良症(無汗症) ☐患有遺傳性表皮分解性水皰症(泡泡龍) ☐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。 ☐長期臥病使用維生設備 ☐腦部或神經病變、肌肉病變、代謝異常引發肌肉萎縮 ☐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。