

# 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助器具用)

流水編號(醫院自行編號):

醫院										醫 院 關 防
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"/> 電動拍痰器 <sup>註5</sup> <input type="checkbox"/> 抽痰機 <sup>註5</sup> <input type="checkbox"/> 化痰機(噴霧器) <sup>註5</sup> <input type="checkbox"/> 血氧偵測儀(血氧機) <sup>註5</sup> <input type="checkbox"/> 氧氣製造機 <sup>註5</sup> <input type="checkbox"/> 雙相陽壓呼吸輔助器(Bi-PAP) <input type="checkbox"/> UPS 不斷電系統 <input type="checkbox"/> 單相陽壓呼吸器(C-PAP) <input type="checkbox"/> 壓力衣 <sup>註6</sup> <input type="checkbox"/> 矽膠片 <sup>註6</sup> <input type="checkbox"/> A 款-頭頸 <input type="checkbox"/> B 款-肩胸腹背 <input type="checkbox"/> C 款-右上肢 <input type="checkbox"/> D 款-左上肢 <input type="checkbox"/> E 款-腰臀大腿 <input type="checkbox"/> F 款-右下肢 <input type="checkbox"/> G 款-左下肢									
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。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、重症或心臟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。