

# 臺南市身心障礙者醫療輔具診斷證明書 (身心障礙者申請醫療輔助器具用)

流水編號 (醫院自行編號):

111001 製

醫院 (請加蓋關防)					
姓名		性別			
年齡	歲	民 (前) 國	年	月	日生
身分證字號					
戶籍地址	市	區	里	鄰	路(街) 段 巷 弄 號之 樓
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:_____				
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 <input type="checkbox"/> 非蓄電式抽痰機 <input type="checkbox"/> 蓄電式(交直流兩用)抽痰機 <input type="checkbox"/> 化痰機(噴霧器) <input type="checkbox"/> 血氧偵測儀(血氧機) <input type="checkbox"/> 氧氣製造機 <input type="checkbox"/> 咳嗽(痰)機 <input type="checkbox"/> 單相陽壓呼吸器(C-PAP) <input type="checkbox"/> 雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP) <input type="checkbox"/> UPS 不斷電系統 <input type="checkbox"/> 矽膠片 <input type="checkbox"/> 壓力衣: <input type="checkbox"/> A 款-頭頸 <input type="checkbox"/> B 款-肩胸腹背 <input type="checkbox"/> C 款-右(上臂、肘、前臂) <input type="checkbox"/> D 款-右(手、腕) <input type="checkbox"/> E 款-左(上臂、肘、前臂) <input type="checkbox"/> F 款-左(手、腕) <input type="checkbox"/> G 款-腰臀(左、右)大腿 <input type="checkbox"/> H 款-右小腿 <input type="checkbox"/> I 款-右(踝、足) <input type="checkbox"/> J 款-左小腿 <input type="checkbox"/> K 款-左(踝、足)				
院長:	(簽章)	診治醫師:		(簽章)	
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. 上述雙相陽壓呼吸器、單相陽壓呼吸器、氧氣製造機、咳嗽(痰)機及壓力衣需另附評估報告書。 5. 本證明書須加蓋本院(所)印章否則無效。