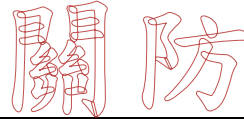


高雄市身心障礙者醫療輔具及費用補助

診斷證明書



1061101 修正

| | | | | | |
|--|--|-------|------------|------|-------------|
| 醫院名稱 | | | | | |
| 姓名 | | 性別 | | | |
| 年齡 | 歲 | 民(前)國 | 年 | 月 | 日生 |
| 身分證字號 | | 聯絡電話 | | | |
| 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 | |
| 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：需要多項者可開立同一份診斷書 | | | | | |
| 以下需加開「評估報告書」 | | | | | |
| 勾選 | 項目 | 勾選 | 項目 | 勾選 | 項目 |
| | 電動拍痰器 | | 壓力衣-A-頭頸 | | 雙相陽壓呼吸輔助器 |
| | 抽痰機 | | 壓力衣-B-肩胸腹背 | | |
| | 化痰機 | | 壓力衣-C-右上肢 | | 單相陽壓呼吸輔助器 |
| | 血氧偵測儀 | | 壓力衣-D-左上肢 | | |
| | UPS 不斷電系統 | | 壓力衣-E-腰臀大腿 | | |
| | 矽膠片 | | 壓力衣-F-右下肢 | | 氧氣製造機 |
| | | | 壓力衣-G-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.本診斷證明書**有效期限為3個月**。
- 3.醫療輔具補助限身心障礙者身分，且**居家自我照顧所需者**申請。
- 4.民眾申請輔具補助只需一種診斷書(用此版本或醫院規格之版本皆可)。