

高雄市居家身心障礙者維生器材及生活輔具用電優惠診斷證明書

_____醫院					
姓名		出生日期		性別	
身分證字號		聯絡電話			
評估日期		病歷號碼		戶籍	_____縣市
診斷病名					
醫師囑言					
維生器材及生活輔具需求評估					
需使用之器材名稱	使用維生器材及生活輔具原因及必備條件				
<input type="checkbox"/> 氧氣製造機 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 血氧偵測儀(電池式不補助) <input type="checkbox"/> 抽痰機 <input type="checkbox"/> 咳嗽機 <input type="checkbox"/> 化痰機 <input type="checkbox"/> 電動拍痰機(電池式不補助)	限經醫師診斷有使用左列維生器材需求者				
<input type="checkbox"/> 冷氣機 (個案須符合右列條件之一，請醫師勾選並蓋章)	<input type="checkbox"/> 神經系統嚴重損傷，導致身體排汗或調解體溫的功能喪失 <input type="checkbox"/> 皮膚構造嚴重損傷，導致身體排汗或調解體溫的功能喪失 <input type="checkbox"/> 外胚層發育不良症(無汗症) <input type="checkbox"/> 遺傳性表皮分解性水皰症(泡泡龍) <input type="checkbox"/> 魚鱗癬症者				
<input type="checkbox"/> 電暖器 (身障證明需 重度 以上，個案須符合右列條件之一，請醫師勾選並蓋章)	<input type="checkbox"/> 長期臥床使用維生設備，並有體溫調節失調或環境溫度適應失調 <input type="checkbox"/> 腦部或神經病變、肌肉病變、代謝異常引發之肌肉萎縮，並有體溫調節失調或環境溫度適應失調 <input type="checkbox"/> 行動不便的神經性病患，並有體溫調節失調或環境溫度適應失調 (如：第六胸髓以上完全損傷之脊髓損傷病患)				
<input type="checkbox"/> 居家照顧床(電動床)	限肢體障礙達癱瘓程度而無法翻身且無法自行坐起者				
<input type="checkbox"/> 氣墊床	限肢體癱瘓無法翻身且無法自行坐起，或於臥姿相關受壓處皮膚已有褥瘡者				
以上共申請_____項(必填)，勾選處請加蓋醫師印章, 否則無效					

院長

診治醫師
專科醫師證書字號

醫院關防

中華民國

年

月

日

- 備註：1. 本診斷證明書有效期限為3個月 2. 限居家自行照顧者申請 3. 請加蓋醫師章及醫院關防
4. 本表之電子檔可至高雄市政府社會局下載(身心障礙福利\輔具用電優惠&應變緊急連絡窗口)