

高雄市身心障礙者醫療輔具及費用補助

診斷證明書

102.06.28 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					
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	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"/> 抽痰機 <input type="checkbox"/> 化痰機(噴霧器) <input type="checkbox"/> 單相陽壓呼吸輔助器(C-PAP) <input type="checkbox"/> 壓力衣 <input type="checkbox"/> 雙相陽壓呼吸輔助器(Bi-PAP) <input type="checkbox"/> 血氧偵測儀(血氧機) <input type="checkbox"/> 氧氣製造機 <input type="checkbox"/> UPS 不斷電系統 <input type="checkbox"/> 矽膠片 <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. 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)。