

高雄市身心障礙者醫療輔具
單、雙相陽壓呼吸輔助器評估報告

申請本項單、雙相陽壓呼吸輔助器補助
尚需具備「診斷證明書」

一、病患基本資料

10603 修正

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	____年____月____日
身分證字號		聯絡電話			
地址	高雄市____區____里____路____段____巷 ____弄____號之____樓				

二、身體功能檢查

與輔具使用之相關診斷	a. 呼吸系統常見疾病： <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性疾病 <input type="checkbox"/> 侷限型肺疾病 <input type="checkbox"/> 肺纖維化 <input type="checkbox"/> 腫瘤 <input type="checkbox"/> 睡眠呼吸暫停 <input type="checkbox"/> 其他 _____ b. 心血管系統常見疾病： <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 周邊血管疾病 <input type="checkbox"/> 其他 _____ c. 神經肌肉系統常見疾病： <input type="checkbox"/> 運動神經細胞疾病 <input type="checkbox"/> 周邊神經疾病 <input type="checkbox"/> 肌肉病變 <input type="checkbox"/> 其他 _____ d. 其他： _____
呼吸功能評量	a. 呼吸功能： <input type="checkbox"/> 無人工氣道 <input type="checkbox"/> 有氣切 b. 血氧飽和度： <input type="checkbox"/> 吸入空氣時為____%、心跳____次/分； 或 <input type="checkbox"/> 用氧流量為____公升/分時____%、 心跳____次/分 c. 呼吸型態評估： <input type="checkbox"/> 呼吸輔助器使用 <input type="checkbox"/> 呼吸次數增加 <input type="checkbox"/> 腹式呼吸 <input type="checkbox"/> 呼吸淺快 <input type="checkbox"/> 其他 _____ d. 睡眠呼吸暫停評估： <input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 呼吸暫停頻率指數 <input type="checkbox"/> 睡眠檢查檢果 <input type="checkbox"/> 其他 _____ e. 肺功能檢查： FEV1：__L，FEV1/FVC：__% f. 肺切除或肺功能損傷： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 g. 等待肺部移植手術： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 上述 b、c、d 三擇一填寫即可

三、單、雙相陽壓呼吸輔助器之配置

1. 主機
2. 不斷電系統(需另外申請)
3. 其他配備(請病人自備，不在補助範圍內)：
 鼻面罩 口鼻面罩 呼吸管路 潮濕加熱器 其他_____

四、總結

建議使用，理由：_____

單相陽壓呼吸輔助器之建議

雙相陽壓呼吸輔助器之建議

※注意事項：此項輔具申請亦應具備「身心障礙者鑑定作業辦法」第四類「循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能」之「心臟功能」、「呼吸功能」專科醫師所開立評估報告

評估人員簽章：_____

(呼吸治療師證號章)

主治醫師簽章：_____

(專科醫師證號職章)

評估日期：____年____月____日

評估單位用印