

高雄市身心障礙者醫療輔具及費用補助

診斷證明書

1060302修正

關防

醫院名稱					
姓名		性別			
年齡		歲	民(前)國	年	月
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
聯絡電話					
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：需要多項者可開立同一份診斷書					
以下所有項目皆需加開「評估報告書」始得受理申請					
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)。