高雄市身心障礙者醫療輔具及費用補助

診斷證明書

關防

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	□呼吸障礙 □呼吸功能不全 □燒燙傷 □皮膚損傷 □身體腫瘤 □循環障礙 □其他:＿＿＿＿＿＿＿＿		
醫療輔具需求評估	□是 □否 □目前無法判斷，理由：＿＿＿＿＿＿＿＿		

項目：**需要多項者可開立同一份診斷書**

勾選	項目	以下需加開「評估報告書」			
		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)。