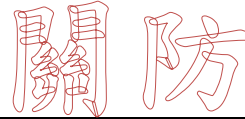


高雄市身心障礙者醫療輔具及費用補助

診斷證明書



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	<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					
以下需加開「評估報告書」					
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)。