

# 高雄市政府身心障礙者醫療輔具氧氣製造機評估報告書

## 一、病患基本資料

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"/> 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. 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. 六分鐘走路測試：最低血氧飽和度____% d. 動脈血氧分壓：____mmHg 在吸入 <input type="checkbox"/> 空氣； <input type="checkbox"/> 氧濃度____%，或氧流量____公升/分 <u>上述b、c、d三擇一填寫即可</u>

## 三、氧氣製造機之配置需求

1. 種類： <input type="checkbox"/> 3公升 <input type="checkbox"/> 5公升 <input type="checkbox"/> 7公升 <input type="checkbox"/> 10公升 <input type="checkbox"/> _____公升
2. 其他配備(請自備，不在補助範圍內)： <input type="checkbox"/> 鼻導管 <input type="checkbox"/> 氧氣面罩 <input type="checkbox"/> 氣切面罩 <input type="checkbox"/> 其他

## 四、總結

氧氣製造機之建議

建議使用       不建議使用，理由：

**※注意事項；此項輔具申請亦應具備醫師所開立之診斷證明書**

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