

高雄市身心障礙者醫療輔具
氧氣製造機評估報告

申請本項氧氣製造機補助尚需具備「診斷證明書」

一、病患基本資料

1061101 修正

醫院名稱			
姓 名		性 別	☐ 男 ☐ 女
生 日	民（前）國 年 月 日	年 齡	歲
身分證字號		聯絡電話	
地 址	縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號之 樓 市 區市 里 街		

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： ☐ 慢性阻塞性疾病 ☐ 侷限型肺疾病 ☐ 肺纖維化 ☐ 腫瘤 ☐ 其他_____
	b. 心血管系統常見疾病： ☐ 心臟病 ☐ 周邊血管疾病 ☐ 其他_____
	c. 其他：_____
呼吸功能評量	a. 呼吸功能： ☐ 無人工氣道 ☐ 有氣切
	b. 血氧飽和度： ☐ 吸入空氣時為_____%、心跳____次/分；或 ☐ 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 ☐ 空氣； ☐ 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： ☐ 3 公升 ☐ 5 公升 ☐ 7 公升 ☐ 10 公升 ☐ _____公升
2.其他配備(請自備，不在補助範圍內)： ☐ 鼻導管 ☐ 氧氣面罩 ☐ 氣切面罩 ☐ 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：開立此項評估報告書之醫師應具備「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」專科醫師鑑定資格

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

主治醫師專科字號：_____

- ※1. 限胸腔科、神經科、心臟科、耳鼻喉科、精神科、復健科、兒胸或兒重症相關專業訓練之專科醫師或呼吸治療師簽章。
- ※2. 應檢附以上其中一科科別之專科字號或呼字第號。

評估單位用印

評估日期：_____年_____月_____日