

# 新北市居家身心障礙者維生器材及生活輔具用電優惠診斷證明書

_____ 醫院 編號：                      字第                      號					
姓名		出生日期		性別	
身分證字號		聯絡電話			
應診日期		病歷號碼		戶籍	_____縣市
診斷病名					
醫師囑言					
<b>維生器材及生活輔具需求評估</b>					
需使用之器材名稱	使用維生器材及生活輔具原因及必備條件				
<input type="checkbox"/> 氧氣製造機 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 血氧偵測儀(電池式不補助) <input type="checkbox"/> 抽痰機 <input type="checkbox"/> 咳嗽機 <input type="checkbox"/> 化痰機 <input type="checkbox"/> 電動拍痰機(電池式不補助)	限經醫師診斷有使用左列維生器材需求者				
<input type="checkbox"/> 冷氣機  (個案須符合右列條件之一，請醫師勾選並蓋章)	<input type="checkbox"/> 神經系統嚴重損傷，導致身體排汗或調解體溫的功能喪失 <input type="checkbox"/> 皮膚構造嚴重損傷，導致身體排汗或調解體溫的功能喪失 <input type="checkbox"/> 外胚層發育不良症(無汗症) <input type="checkbox"/> 遺傳性表皮分解性水皰症(泡泡龍) <input type="checkbox"/> 魚鱗癬症者				
<input type="checkbox"/> 電暖器  (個案須符合右列條件之一，請醫師勾選並蓋章)  (身障證明需 <b>重度</b> 以上)	<input type="checkbox"/> 長期臥床使用維生設備，並有體溫調節失調或環境溫度適應失調 <input type="checkbox"/> 腦部或神經病變、肌肉病變、代謝異常引發之肌肉萎縮，並有體溫調節失調或環境溫度適應失調 <input type="checkbox"/> 行動不便的神經性病患，並有體溫調節失調或環境溫度適應失調 (如：第六胸髓以上完全損傷之脊髓損傷病患)				
<input type="checkbox"/> 居家照顧床(電動床)	限重度肢體障礙達癱瘓程度而無法翻身且無法自行坐起者				
<input type="checkbox"/> 氣墊床	限肢體癱瘓無法翻身且無法自行坐起，或於臥姿相關受壓處皮膚已有褥瘡者				
以上共申請 _____ 項，勾選處請加蓋醫師印章，以防事後塗改					
院長	診治醫師		醫院關防		
專科醫師證書字號					
中華民國                      年                      月                      日					

備註：1. 本診斷證明書有效期限為 3 個月      2. 限居家自行照顧者申請      3. 請加蓋醫師章及醫院關防  
 4. 本表之電子檔可至新北市輔具中心網頁下載