

桃園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					
維生器材及生活輔具需求評估					
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				
☐ 氧氣製造機 ☐ 呼吸器 ☐ 血氧偵測儀(電池式不補助) ☐ 抽痰機 ☐ 咳嗽機 ☐ 化痰機 ☐ 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				
☐ 冷氣機 (個案須符合右列條件之一，請醫師勾選並蓋章)	☐ 神經系統嚴重損傷，導致身體排汗或調節體溫的功能喪失 ☐ 皮膚構造嚴重損傷，導致身體排汗或調節體溫的功能喪失 ☐ 外胚層發育不良症(無汗症) ☐ 遺傳性表皮分解性水皰症(泡泡龍) ☐ 魚鱗癬症者				
☐ 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 重度 以上)	☐ 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 ☐ 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 ☐ 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)				
☐ 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				
☐ 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. 本表之電子檔可至桃園市輔具中心網頁下載