

病症暨失能診斷證明書

流水編號（醫院自行編號）：

112年10月13日修訂

醫療機構名稱						(以3個月內2吋脫帽半身正面照片為限，並加蓋醫院騎縫章或鋼印)									
姓名			性別												
年齡		歲		民(前)國								年		月	
身分證字號															
現居地址		縣		鄉鎮		村		鄰		路					
		市		區市		里		街							
		段		巷		弄		號之		樓					
評估日期		年		月		日		病歷號碼		連絡電話					
病名及健康功能狀況															
請詳述治療經過、預後及醫師囑言															
照護需求評估		<input type="checkbox"/> 被看護者年齡未滿80歲有全日照護需要 <input type="checkbox"/> 被看護者年齡滿80歲以上，有嚴重依賴照護需要。 <input type="checkbox"/> 被看護者年齡滿85歲以上，有輕度依賴照護需要。 <input type="checkbox"/> 經醫療專業診斷巴氏量表為0分且於6個月內病情無法改善。 <input type="checkbox"/> 被看護者不符合上述四項評估結果。 <input type="checkbox"/> 目前無法判斷，理由：_____。													
負責醫師：				診治醫師：				(簽名並蓋章)							
				醫師證書字號：											
中華民國		年		月		日									

備註：本診斷證明書效期自開立日起1年內有效

各項特定病症、病情、病況及健康功能附表

被看護者姓名：_____

- 1□皮膚嚴重或大範圍(30%以上)之病變導致生活功能不良者，如嚴重灼燙傷或電傷、天庖瘡、類天庖瘡、紅皮症、各種水庖症、魚鱗癬、蕈樣黴菌病及 Sézary 症候群。
- 2□重度骨關節病變導致骨質脆弱或髖、膝、肘、肩等至少 2 個關節僵直或攣縮導致生活功能不良者。
- 3□雙側髖或膝關節經手術(如人工關節置換或重整術)後仍功能不良，須重置換，且其運動功能受損，無法自行下床活動，生活功能不良者。
- 4□重度類風濕性關節炎併發多處關節變形，導致生活功能不良者。
- 5□重度或複雜性或有併發症之骨折(如雙下肢或一上肢併一下肢骨折、開放性粉碎性骨折且合併骨髓炎等)，影響運動功能或須靠輔助器才能行動，導致生活功能不良者。
- 6□慢性阻塞性肺病，導致肺功能不良，影響生活功能之執行者。
- 7□腦血管疾病導致明顯生活功能受損者。
- 8□腦傷導致明顯生活功能受損者。
- 9□腦性麻痺明顯生活功能不良者。
- 10□脊髓損傷導致明顯生活功能受損者。
- 11□中樞、周邊神經及肌肉系統病變，其肢體運動功能障礙達重度等級以上，明顯生活功能不良者。
- 12□截肢併明顯生活功能受損者。
- 13□兩眼矯正視力皆在 0.01 以下者。
- 14□醫療團隊評估認定為罹患其他嚴重病況且健康功能狀況不良者，有全日照護需要。
(請詳述被看護者經評估為需全日照護需要之事實原因)
-
- 15□醫療團隊評估認定為罹患其他嚴重病況且健康功能狀況不良者，有嚴重依賴照護需要。
(請詳述被看護者經評估為嚴重依賴照護需要之事實原因)
-
- 16□醫療團隊評估認定為罹患其他病況且健康功能狀況不良者，有輕度依賴照護需要。
(請詳述被看護者經評估為輕度依賴照護需要之事實原因)

備註：如為罹患失智症，由 1 位神經科或精神科專科醫師診斷，並於 CDR(臨床失智評估量表)載明 1 分以上，免經醫療機構團隊專業評估。

醫療團隊簽章：

(至少應有 2 位以上專業人員，應包含 1 位醫師及 1 位醫事/社工人員簽名並蓋章)

巴氏量表(Barthel Index)

被看護者姓名：_____

項目	分數	內容
一、進食	10 5 0	<input type="checkbox"/> 自己在合理的時間內(約10秒鐘吃一口).可用筷子取食眼前食物.若須使用進食輔具,會自行取用穿脫,不須協助. <input type="checkbox"/> 須別人協助取用或切好食物或穿脫進食輔具. <input type="checkbox"/> 無法自行取食.
二、移位 (包含由床上平躺到坐起,並可由床移位至輪椅)	15 10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行坐起,且由床移位至椅子或輪椅,不須協助,包括輪椅煞車及移開腳踏板,且沒有安全上的顧慮. <input type="checkbox"/> 在上述移位過程中,須些微協助(例如:予以輕扶以保持平衡)或提醒.或有安全上的顧慮. <input type="checkbox"/> 可自行坐起但須別人協助才能移位至椅子. <input type="checkbox"/> 須別人協助才能坐起,或須兩人幫忙方可移位.
三、個人衛生 (包含刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮和刮鬍子)	5 0	<input type="checkbox"/> 可自行刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮和刮鬍子. <input type="checkbox"/> 須別人協助才能完成上述盥洗項目.
四、如廁 (包含穿脫衣物、擦拭、沖水)	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行上下馬桶,便後清潔,不會弄髒衣褲,且沒有安全上的顧慮.倘使用便盆,可自行取放並清洗乾淨. <input type="checkbox"/> 在上述如廁過程中須協助保持平衡.整理衣物或使用衛生紙. <input type="checkbox"/> 無法自行完成如廁過程.
五、洗澡	5 0	<input type="checkbox"/> 可自行完成盆浴或淋浴. <input type="checkbox"/> 須別人協助才能完成盆浴或淋浴.
六、平地走動	15 10 5 0	<input type="checkbox"/> 使用或不使用輔具(包括穿支架義肢或無輪子之助行器)皆可獨立行走50公尺以上. <input type="checkbox"/> 需要稍微扶持或口頭教導方向可行走50公尺以上. <input type="checkbox"/> 雖無法行走,但可獨立操作輪椅或電動輪椅(包含轉彎、進門及接近桌子、床沿)並可推行50公尺以上. <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙.
七、上下樓梯	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行上下樓梯(可抓扶手或用拐杖). <input type="checkbox"/> 需要稍微扶持或口頭指導. <input type="checkbox"/> 無法上下樓梯.
八、穿脫衣褲鞋襪	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行穿脫衣褲鞋襪,必要時使用輔具. <input type="checkbox"/> 在別人幫忙下,可自行完成一半以上動作. <input type="checkbox"/> 需要別人完全幫忙.
九、大便控制	10 5 0	<input type="checkbox"/> 不會失禁,必要時會自行使用塞劑. <input type="checkbox"/> 偶而會失禁(每週不超過一次),使用塞劑時需要別人幫忙. <input type="checkbox"/> 失禁或需要灌腸.
十、小便控制	10 5 0	<input type="checkbox"/> 日夜皆不會尿失禁,必要時會自行使用並清理尿布尿套. <input type="checkbox"/> 偶而會失禁(每週不超過一次),使用尿布尿套時需要別人幫忙. <input type="checkbox"/> 失禁或需要導尿.
總分	分(總分須大寫並不得有塗改情形,否則無效)	

備註：依巴氏量表的總分評量表依賴程度之等級分：完全依賴 0-20 分、嚴重依賴 21-60 分、中度依賴 61-90 分、輕度依賴 91-99 分、完全獨立 100 分。

醫療團隊簽章：

(至少應有 2 位以上專業人員，應包含 1 位醫師及 1 位醫事/社工人員簽名並蓋章)