

長期照護醫師意見書

填表日期:民國 年 月 日

申請者	姓名:	男	住址:
	身分證字號:	·	
	出生日期: 年 月 日(歲)	女	聯絡電話:()
醫師姓名: _____		電話:()	
醫療機構名稱: _____		傳真:()	
醫療機構地址: _____			
(1)最近一次診察日期	民國 年 月 日		
(2)製作意見書次數	<input type="checkbox"/> 初次 <input type="checkbox"/> 二次以上 (前次意見書: ____年__月__日)		
(3)目前診察科別	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請勾選): <input type="checkbox"/> 內科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 神經科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 骨科 <input type="checkbox"/> 家醫科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿科 <input type="checkbox"/> 婦(產)科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> 復健科 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 其他()		

1. 相關疾病診斷意見

(1)診斷疾病名稱(罹患特殊疾病或導致生活機能降低疾病,請依序自 1. 填入)及發病日期 常見 16 種老化特定疾病,如附件,請優先列入。(請填入 ICD code 與疾病中文名稱)	
1.	發病年月日(民國 年 月 日左右)
2.	發病年月日(民國 年 月 日左右)
3.	發病年月日(民國 年 月 日左右)
(2)病情狀態 <input type="checkbox"/> 穩定 <input type="checkbox"/> 不穩定 <input type="checkbox"/> 不明 (若勾選不穩定狀態時,請具體詳細說明:)	
(3)導致生活機能降低的直接疾病名稱或罹特殊疾病過程及投藥等相關治療內容[請填寫最近六個月內可能影響長照服務的狀況及如何治療特殊疾病的方法]	

2. 近期治療(若過去 7 日內曾經接受以下治療者,請勾選)

<input type="checkbox"/> 點滴	<input type="checkbox"/> 靜脈注射	<input type="checkbox"/> 血液透析	<input type="checkbox"/> 腹膜透析	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 氧氣療法	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器
<input type="checkbox"/> 氣切	<input type="checkbox"/> 疼痛治療	<input type="checkbox"/> 鼻胃管	<input type="checkbox"/> 胃腸造口	<input type="checkbox"/> 導尿管(尿管、膀胱造口等)	<input type="checkbox"/> 物理治療	
<input type="checkbox"/> 職能治療	<input type="checkbox"/> 語言治療	<input type="checkbox"/> 監測器(血壓、心跳、血氧飽和濃度等)	<input type="checkbox"/> 褥瘡處理			
<input type="checkbox"/> 其他重要治療:						

3. 身心狀態意見

(1)心智功能	
• 短期記憶	<input type="checkbox"/> 沒問題 <input type="checkbox"/> 有問題
• 日常生活的認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 有點困難 <input type="checkbox"/> 必須提供照護 <input type="checkbox"/> 無法判斷
• 自我表達能力	<input type="checkbox"/> 能夠表達 <input type="checkbox"/> 有點困難 <input type="checkbox"/> 只能部份表達 <input type="checkbox"/> 無法表達
(2)情緒或行為障礙	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻覺幻聽 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 日夜顛倒 <input type="checkbox"/> 粗言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 抗拒照護 <input type="checkbox"/> 迷路 <input type="checkbox"/> 遊走 <input type="checkbox"/> 忘記關火 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 誤食異物 <input type="checkbox"/> 性生活問題 <input type="checkbox"/> 其他()
(3)其他精神•神經症狀	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [症狀名稱: _____]	是否接受專科醫師治療 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(4)身體狀態	
慣用手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	身高= _____ 公分 體重= _____ 公斤 (過去 6 個月體重變化 <input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少: _____ 公斤 <input type="checkbox"/> 不清楚) 部位: <input type="checkbox"/> 右手(程度: <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左手(程度: <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右腳(程度: <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左腳(程度: <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 其他(部位: _____ (程度: <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 四肢缺損	
<input type="checkbox"/> 偏癱	

<input type="checkbox"/> 肌力降低	部位:	程度: <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
<input type="checkbox"/> 關節攣縮	部位:	程度: <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
<input type="checkbox"/> 關節疼痛	部位:	程度: <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
<input type="checkbox"/> 不隨意運動、肌張力異常	•上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 •下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 •身體 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/> 壓瘡	部位:	程度: <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
<input type="checkbox"/> 其他皮膚疾病	部位:	程度: <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重

4.醫事照護意見

(1)照顧應注意事項及處置方法	
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 跌倒•骨折 <input type="checkbox"/> 移動力減低 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 心臟功能下降 <input type="checkbox"/> 肺部功能下降 <input type="checkbox"/> 社交退縮 <input type="checkbox"/> 做事情失去興趣或樂趣 <input type="checkbox"/> 遊走 <input type="checkbox"/> 咀嚼吞嚥障礙 <input type="checkbox"/> 脫水 <input type="checkbox"/> 容易罹患感染症 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 其他() →處置建議()	
(2)醫療介入的必要性(特別必要部份請畫上底線。包含預防給付提供服務內容)	
<input type="checkbox"/> 居家醫師訪視 <input type="checkbox"/> 居家護理 <input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 居家牙醫訪視 <input type="checkbox"/> 日間照護 <input type="checkbox"/> 日間照顧 <input type="checkbox"/> 餐飲服務 <input type="checkbox"/> 藥劑師訪視指導 <input type="checkbox"/> 復健(<input type="checkbox"/> 物理 <input type="checkbox"/> 職能 <input type="checkbox"/> 語言) <input type="checkbox"/> 呼吸治療 <input type="checkbox"/> 預防及延緩失能服務 <input type="checkbox"/> 短期入住長照機構 <input type="checkbox"/> 營養師訪視指導 <input type="checkbox"/> 交通接送 <input type="checkbox"/> 居家環境改善:() <input type="checkbox"/> 輔具購買租借:() <input type="checkbox"/> 其他醫療服務()	
(3)罹患感染症(曾經罹患者請詳細填寫病名)	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 需要隔離: <input type="checkbox"/> 接觸隔離 <input type="checkbox"/> 飛沫隔離 <input type="checkbox"/> 空氣隔離	

5.特殊需要註記事項

(可附上相關資訊資料或身心障礙診斷書影本)

常見 16 種老化特定疾病 ICD-10 碼

疾病名稱	ICD-10 編碼	備註說明
1. 癌症末期	C00-D49	非全數惡性腫瘤； C00.- C76.- Malignant neoplasm primary 惡性原發 C77.- C80.- Malignant neoplasm secondary 惡性續發 C81.- C88.- Lymphoma 淋巴瘤 C90.0- Myeloma 骨髓瘤 C90.1-C95.- Leukemia 白血病 D00.- D09.- Ca in situ 原位癌 D10.- D36.(D3A.0-)- Benign neoplasm 良性腫瘤 D37.- D48.- Neoplasm of uncertain behavior 性質不明腫瘤 D49.- Unspecified (tumor) 未明示腫瘤
2. 類風濕性關節炎	M05	非單一編碼；M05.70-M06.9 依部位有不同編碼
3. 肌肉萎縮性側索硬化症(ALS)	G12.21	
4. 後縱韌帶骨化症(OPLL)	M48.8X2(國外建議)	另翻譯:退變性頸椎病
5. 早老性失智症	F03.9	F03.90 失智症, 未伴有行為障礙; F03.91 失智症, 伴有行為障礙
6. 骨質疏鬆併骨折	M80.00XA-M80.00XS	M81-M85 為其它骨折或骨鬆未併有骨折
7.1 進行性核上性麻痺	G23.1	G23.8 其他特定之基底核退化性疾病
7.2 大腦皮質基底核變性	G23.8	
7.3 帕金森氏病	G20	
8. 脊髓小腦退行性病變	G11.1	另翻譯: 脊髓小腦退化性動作協調障礙 G11.1 早發型小腦共濟失調(中央健保署翻譯名)
9. 脊椎狹窄症	M48.00-M48.08	M48.00 為未明示部位, 其餘為不同部位
10. 早老症	E34.8	另翻譯: 早衰症; E34.8 其他特定內分泌疾患(中央健保署翻譯名)
11. 多發性硬化症	G35	
12.1 糖尿病性神經病變	第一型糖尿病: E10.4 第二型糖尿病: E11.4	糖尿病性神經病變: 第一型糖尿病: E10.40-E10.49 第一型糖尿病伴有糖尿病的神經病變。 E10.610 第一型糖尿病, 伴有糖尿病的神經病變引起之關節病變。 第二型糖尿病: E11.40-E11.49 第二型糖尿病, 伴有糖尿病的神經病變。 E11.610 第二型糖尿病, 伴有糖尿病的神經病變引起之關節病變。
12.2 糖尿病性腎病變	第一型糖尿病: 有糖尿病性腎病變: E10.21 有糖尿病慢性腎變: E10.22 第二型糖尿病: 有糖尿病性腎病變: E11.21 有糖尿病慢性腎變: E11.22	糖尿病性腎病變: 第一型糖尿病: E10.21 第一型糖尿病, 伴有糖尿病性腎病變。 E10.22 第一型糖尿病, 糖尿病的慢性腎臟疾病。 E10.29 第一型糖尿病, 伴有其他糖尿病的腎臟併發症。 第二型糖尿病: E11.21 第二型糖尿病, 伴有糖尿病的腎臟病變。 E11.22 第二型糖尿病, 伴有糖尿病的腎臟病變。 E11.29 第二型糖尿病, 伴有其他糖尿病的腎臟併發症。

疾病名稱	ICD-10 編碼	備註說明
12.3 糖尿病性視網膜病變	E10.~ / E11.~	糖尿病性視網膜病變： 第一型糖尿病：E10.311-E10.39 第二型糖尿病；E11.311-E11.39
13. 腦血管疾患	I60~I67	編碼範圍擴增： I60-I69 腦血管疾病病 (I68.- 歸類於他處疾患所致之其他腦血管疾患；I69.-腦血管疾病之後遺症)
14. 阻塞性動脈硬化症	I73.9	此 ICD 碼為：周邊動脈阻塞(PAOD) PAOD 為 I74.3. 下肢動脈栓塞及血栓症 & I74.4 未明示動脈栓塞及血栓症。 I73.9 為末梢血管疾病 Peripheral vascular disease。
15. 慢性阻塞性肺疾患	J44.9	編碼範圍擴增； J44.0-J44.9(COPD 又分為有無急性發作及感染)
16. 雙側膝關節或髖關節病變並伴有顯著關節變形	M150、 M159	依中文疾病名編碼類別不同； M15.0-M15.9 多關節病變 M17.0-M17.9 膝部關節炎 (M17.0 膝部原發性骨關節炎，雙側性) M16.0-M16.9 髖部關節炎 (M16.0 髖部原發性骨關節炎，雙側性)