

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		日生										
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																			
照護需要評估	<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"/> 經醫療專業診斷為完全依賴(巴氏量表評為 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		開立											

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雙側腕或膝關節經手術(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)