

# 病症暨失能診斷證明書 (雇主申請聘僱家庭外籍看護工用)

流水編號 (醫院自行編號):

95.8.1

醫院										照片黏貼處  (以3個月內2吋脫帽半身照片為限，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		段		巷		弄		號		之		樓			
		市		區		市		里		街															
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		需24小時照護： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 目前無法判斷，理由：_____																							
院長：										診治醫師：															
										醫師證書字號：															
中華民國										年												月		日	

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、蕁樣黴菌病及 Sézary 症候群。
- 2  重度骨關節病變導致骨質脆弱或髖、膝、肘、肩等至少二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 失智症：本項目得以 CDR（臨床失智評估量表）做判斷之參考。
  - (1) CDR 二分以上者，須由 1 位神經科或精神科專科醫師簽章。
  - (2) CDR 一分者，須由 2 位神經科或精神科專科醫師一致認定確有專人協助照護必要，並予簽章。
- 15  其他經醫師專業判斷評估認定為罹患嚴重病況且健康功能狀況不良者，經六個月觀察病情穩定。
- 16  其他，請說明：\_\_\_\_\_

附註：若醫療團隊評估為需 24 小時照護，巴氏量表分數逾 35 分（不含）者，請詳述被看護者經評估為需 24 小時照護之事實原因：

醫師簽章（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)

醫師簽章：

(簽名並蓋章)

其他評估人員：

(簽名或蓋章)