

# 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。<br><input type="checkbox"/> 被看護者年齡滿 80 歲以上，有嚴重依賴照護需要。<br><input type="checkbox"/> 被看護者年齡滿 85 歲以上，有輕度依賴照護需要。<br><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。<br><input type="checkbox"/> 被看護者不符合上述四項評估結果。<br><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、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 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<br>5<br>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．<br><input type="checkbox"/> 須別人協助取用或切好食物或穿脫進食輔具．<br><input type="checkbox"/> 無法自行取食．                                                                           |
| 二、移位<br>(包含由床上平躺到坐起，<br>並可由床移位至輪椅) | 15<br>10<br>5<br>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．<br><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．<br><input type="checkbox"/> 可自行坐起但須別人協助才能移位至椅子．<br><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<br>(包含刷牙、洗臉、洗手及<br>梳頭髮和刮鬍子) | 5<br>0                | <input type="checkbox"/> 可自行刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮和刮鬍子．<br><input type="checkbox"/> 須別人協助才能完成上述盥洗項目．                                                                                                                                                      |
| 四、如廁<br>(包含穿脫衣物、擦<br>拭、沖水)         | 10<br>5<br>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．<br><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．<br><input type="checkbox"/> 無法自行完成如廁過程．                                                                        |
| 五、洗澡                               | 5<br>0                | <input type="checkbox"/> 可自行完成盆浴或淋浴．<br><input type="checkbox"/> 須別人協助才能完成盆浴或淋浴．                                                                                                                                                                |
| 六、平地走動                             | 15<br>10<br>5<br>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．<br><input type="checkbox"/> 需要稍微扶持或口頭教導方向可行走 50 公尺以上．<br><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．<br><input type="checkbox"/> 需要別人幫忙．       |
| 七、上下樓梯                             | 10<br>5<br>0          | <input type="checkbox"/> 可自行上下樓梯(可抓扶手或用拐杖)．<br><input type="checkbox"/> 需要稍微扶持或口頭指導．<br><input type="checkbox"/> 無法上下樓梯．                                                                                                                        |
| 八、穿脫衣褲鞋襪                           | 10<br>5<br>0          | <input type="checkbox"/> 可自行穿脫衣褲鞋襪，必要時使用輔具．<br><input type="checkbox"/> 在別人幫忙下，可自行完成一半以上動作．<br><input type="checkbox"/> 需要別人完全幫忙．                                                                                                               |
| 九、大便控制                             | 10<br>5<br>0          | <input type="checkbox"/> 不會失禁，必要時會自行使用塞劑．<br><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．<br><input type="checkbox"/> 失禁或需要灌腸．                                                                                                          |
| 十、小便控制                             | 10<br>5<br>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．<br><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．<br><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)