

# 長期照護醫師意見書

附件 1

填表日期: 民國 年 月 日

申請者	姓名:	男 · 女	住址:
	身分證字號:		聯絡電話:( )
	出生日期: 年 月 日(歲)		
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: )	

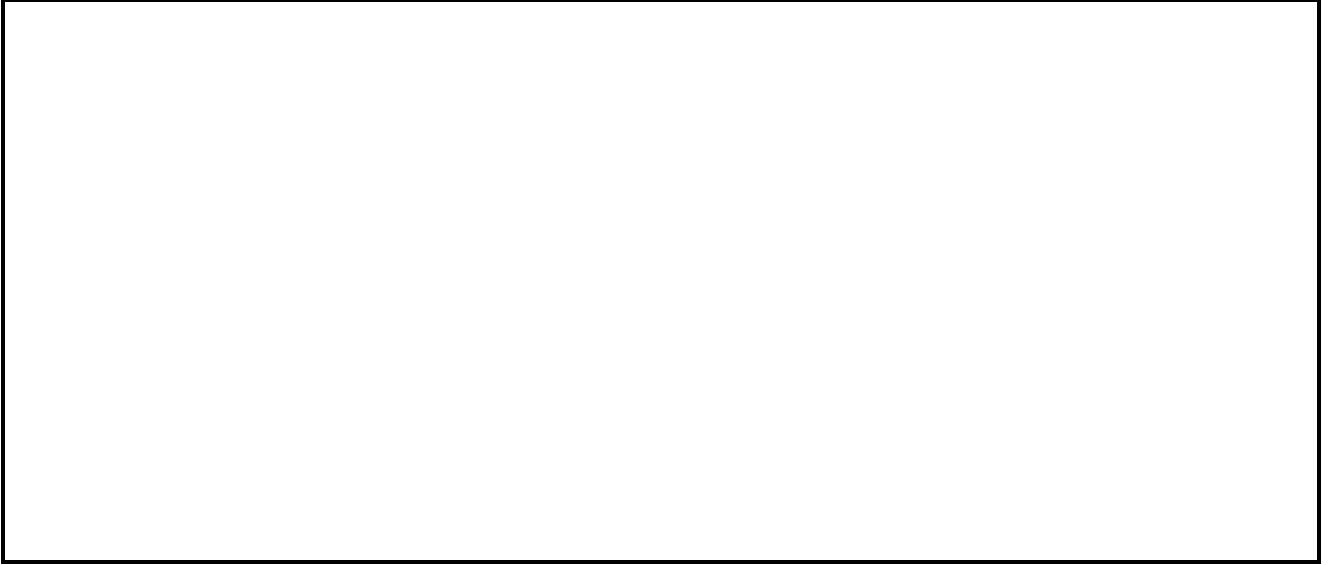
## 2. 近期治療(若過去 7 日內曾經接受以下治療者,請勾選)

<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. 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"/> 壓力性損傷處理 <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)建議介入之醫事照護服務 <input type="checkbox"/> IADLs 復能照護—居家 <input type="checkbox"/> ADLs 復能照護—居家 <input type="checkbox"/> 進食與吞嚥照護 <input type="checkbox"/> IADLs 復能照護—社區 <input type="checkbox"/> ADLs 復能照護—社區 <input type="checkbox"/> 困擾行為照護 <input type="checkbox"/> 其他醫事照護服務( )
(3)最近六個月內可能影響長照服務使用狀況及如何照顧特殊疾病的方法
(4)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

4.身心狀態或特殊需要註記事項(可附上相關資訊資料)

A large, empty rectangular box with a black border, intended for recording physical and mental status or special needs. The box is currently blank.