

附表五 呼吸器依賴患者重大傷病證明申請附表

<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 效期屆滿重新申請	
姓名：_____	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期：____年____月____日	身分證字號：_____
病患目前所在醫院：_____醫院	
一、目前所在單位：(本單位轉入日期：____年____月____日)	
<input type="checkbox"/> ICU 加護病房 <input type="checkbox"/> RCC 亞急性呼吸照護病房 <input type="checkbox"/> RCW 慢性呼吸照護病房	
<input type="checkbox"/> 一般病房 <input type="checkbox"/> HC 居家照護	
二、首次進入加護病房日期：____年____月____日	
<input type="checkbox"/> 本院 ICU <input type="checkbox"/> 外院 ICU (醫院名稱：_____醫院)	
轉出加護病房日期：____年____月____日	
三、主要診斷：(呼吸衰竭之主因) _____	
其他診斷：1) _____	
2) _____	
四、呼吸器使用：開始日期____年____月____日，至今累計天數：____天	
(若脫離呼吸器超過 5 日，則以再使用呼吸器之日為開始日期)	
目前呼吸器使用狀況： <input type="checkbox"/> 檢附近 21 天以上之每日呼吸治療記錄單影本	
<input type="checkbox"/> 檢附近 30 天以上之每日呼吸治療記錄單影本	
1) 積極設法脫離中 (請詳述日期及方式)：_____	
_____	
2) 未積極脫離，但支持性照顧方式如下 (請詳述)：_____	
_____	
五、經胸腔暨重症專科醫師評估，適合於下列地方照護本患者：	
<input type="checkbox"/> ICU 加護病房 <input type="checkbox"/> RCC 亞急性呼吸照護病房 <input type="checkbox"/> RCW 慢性呼吸照護病房	
<input type="checkbox"/> 一般病房 <input type="checkbox"/> HC 居家照護	
胸腔暨重症專科醫師_____ 胸專字號 _____ 簽章_____	
評估日期：____年____月____日	
-----以下由審核醫師填寫-----	
敬送_____醫師：	
審核意見： 1) <input type="checkbox"/> 同意發給重大傷病證明	
2) <input type="checkbox"/> 不符合申請條件，不同意，理由_____	
_____	
3) <input type="checkbox"/> 資料不全，請補足資料：_____	
_____	
審核醫師_____ 簽章_____ 日期：____年____月____日	
-----以下由健保署填寫-----	
承辦分區業務組：_____ 受理日期：_____	
受理編號：_____	