



附表五 呼吸器依賴患者重大傷病證明申請附表

新申請 效期屆滿重新申請

姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男 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)

ICU 加護病房 RCC 亞急性呼吸照護病房 RCW 慢性呼吸照護病房

一般病房 HC 居家照護

二、首次進入加護病房日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本院 ICU 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：檢附近 21 天以上之每日呼吸治療記錄單影本

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：

ICU 加護病房 RCC 亞急性呼吸照護病房 RCW 慢性呼吸照護病房

一般病房 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)  同意發給重大傷病證明

2)  不符合申請條件，不同意，理由 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3)  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： \_\_\_\_\_