



附表四 全民健康保險慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明申請附表-再次申請

再次：曾申請獲發定期透析重大傷病證明，本次再提出申請者；請填寫全部欄位，否則不予收件

姓名：_____ 性別：男女 身分證字號：_____

出生：民國_____年_____月_____日 初次透析治療日期：_____年_____月_____日

居住地址：_____ 電話：_____

透析院所：_____ (代號：_____)

透析方式： 血液透析 (永久性血管通路完成日期：_____年_____月_____日)

腹膜透析：(腹膜透析導管植入日期)：_____年_____月_____日)

原發病因：____ - _____ - ____ (請參考初次申請之附表背面說明)

一、上次申請結果

此次申請為第_____次申請

無法確定為不可逆性尿毒症，發給有效期限三個月之重大傷病證明。

不符申請條件，不同意。理由：_____ 資料不全 其他：

初次申請之定期透析適應症(Indication)：絕對適應症 相對適應症

二、目前之透析情況與生化檢驗值(Laboratory data)：(檢驗日期：_____年_____月_____日)

每週血液透析次數：_____次 每次透析時間：_____小時 (每日腹膜換液：_____次)

Albumin：_____ g/dl Hct：_____ % Hb：_____ gm% K：_____ mEq/L

BUN：_____ mg/dl Cr：_____ mg/dl

Daily urine amount：_____ ml 最長不透析日之24小時CCr：_____ ml/min

(請參考本表背面CCr計算公式)

三、相關檢查資料與說明：(是否嘗試停止透析、停止透析後之臨床狀況)(請務必勾選)

有無 嘗試停止透析治療 日期：_____年_____月_____日

最長停止透析之日數：_____日；當時之BUN：_____ mg/dl Cr：_____ mg/dl

必須再開始透析或持續定期透析之理由：

每日尿量低於400cc 危及生命之狀況 嚴重影響生活品質 反覆入院或急診

四、目前之伴隨症狀(Symptoms and Signs)：(請務必勾選)

1. 心臟衰竭或肺水腫 2. 心包膜炎 3. 出血傾向
 4. 神經症狀：意識障礙，抽搐或末梢神經病變 5. 高血鉀(藥物難以控制)
 6. 嚴重酸血症(藥物難以控制) 7. 噁心、嘔吐(藥物難以控制)
 8. 惡病體質(cachexia) 9. 重度氮血症 (BUN > 100 mg/dl)
 10. 其他 (請說明)：_____

五、目前之相關疾病(Comorbidity)：(請務必勾選)

1. 糖尿病 2. 高血壓 3. 鬱血性心臟衰竭 4. 缺血性心臟病
 5. 腦血管病變 6. 慢性肝病/肝硬化 7. 惡性腫瘤 8. 結核
 9. 其他 (請說明)：_____

六、未符合上述條件但因其他嚴重或危及生命之臨床狀況必須進入定期透析之理由

負責醫師姓名：_____ (簽章) 中腎專醫字_____號 日期：_____年_____月_____日

(以上相關資料如有造假，負責醫師願付一切法律責任)

