

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

申請聘僱外籍看護工基本資料傳遞單

申請日期： 年 月 日

※粗框內資料由申請人填寫

※外國人行蹤不明申請遞補者，免辦理專業評估

申請人姓名		身分證字號									
申請人聯絡電話(不得為仲介電話)	日間電話：	申請人通訊地址：									
	行動電話：	被看護者現居地址：									
被看護者姓名		身分證字號									
被看護者生日		年	月	日	關係						

醫院名稱：

醫院承辦人(聯絡人)及電話：

評估結果	開立日期	年	月	日
<input type="checkbox"/> x. (重症)被看護者年齡未滿 80 歲，有全日照護需要 <input type="checkbox"/> y. (重症)被看護者年齡滿 80 歲以上，有嚴重依賴照護需要 <input type="checkbox"/> w. (一般)被看護者年齡滿 85 歲以上，有輕度依賴照護需要 <input type="checkbox"/> z. (重症)巴氏量表 0 分且於 6 個月內病情無法改善 <input type="checkbox"/> b. 被看護者不符合上述四項評估結果 <input type="checkbox"/> c. 目前無法判斷	(醫院圖記)	醫療團隊章： (至少 2 人)		
		院長章：		

長期照顧管理中心名稱：

收件日期： 年 月 日

被看護者符合以下條件之一，不須評估：

一般案件	重症案件
<input type="checkbox"/> d1. 被看護者於收件日前 1 年內曾經醫療機構以團隊方式完成專業評估，且評估結果符合申請聘僱家庭看護工作，或中階技術家庭看護工作資格者(以被看護者身分證字號查詢前次評估結果：_____，屬於一般案件者)(註 1) <input type="checkbox"/> q1. 被看護者 1 年內曾受從事家庭看護工作，或中階技術家庭看護工作之外國人照顧者，雇主得申請聘僱外國人從事家庭看護工作(以被看護者身分證字號查詢前次免評資格或評估結果：_____，屬於一般案件者)(註 2) <input type="checkbox"/> e1. 符合外國人從事就業服務法第 46 條第 1 項第 8 款至第 11 款工作資格及審查標準第 18 條附表二之特定身心障礙項目：失智症輕度 <input type="checkbox"/> j1. 符合長期照顧服務申請及給付辦法第 7 條(長照需要等級為第 2 至 3 級)及第 9 條附表四，且由各級政府補助使用居家照顧服務、日間照顧服務或家庭托顧服務連續達 6 個月以上者 <input type="checkbox"/> k1. 符合中央主管機關公告之病症及病況：經神經科或精神科專科醫師開立失智症診斷證明書，並載明或檢附臨床失智評估量表(CDR) 1 分者 <input type="checkbox"/> t1. 符合中央主管機關公告之病症及病況：被看護者年滿 70 歲以上且經醫師開立診斷證明書，載明罹患癌症第二期或第三期者(檢附重大傷病卡且載明 ICD-10 診斷碼符合 C00-C97)	<input type="checkbox"/> d2. 被看護者於收件日前 1 年內曾經醫療機構以團隊方式完成專業評估，且評估結果符合申請聘僱家庭看護工作，或中階技術家庭看護工作(以被看護者身分證字號查詢前次評估結果：_____，屬於重症案件者)(註 1) <input type="checkbox"/> q2. 被看護者 1 年內曾受從事家庭看護工作，或中階技術家庭看護工作之外國人照顧者，雇主得申請聘僱外國人從事家庭看護工作(以被看護者身分證字號查詢前次免評資格或評估結果：_____，屬於重症案件者)(註 2) <input type="checkbox"/> e2. 符合外國人從事就業服務法第 46 條第 1 項第 8 款至第 11 款工作資格及審查標準第 18 條附表二之特定身心障礙項目第__項等級： <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> j2. 符合長期照顧服務申請及給付辦法第 7 條(長照需要等級為第 4 級以上)及第 9 條附表四，且由各級政府補助使用居家照顧服務、日間照顧服務或家庭托顧服務連續達 6 個月以上者 <input type="checkbox"/> k2. 符合中央主管機關公告之病症及病況：經神經科或精神科專科醫師開立失智症診斷證明書，並載明或檢附臨床失智評估量表(CDR) 2 分以上者 <input type="checkbox"/> r. 符合中央主管機關公告之病症及病況：經醫師開立診斷證明書，載明罹患癌症第四期以上者(檢附重大傷病卡且載明 ICD-10 診斷碼符合 C00-C97) <input type="checkbox"/> s. 符合中央主管機關公告之病症及病況：經醫師開立診斷證明書，載明全癱無法自行下床或需二十四小時使用呼吸器或維生設備，且於六個月內病情無法改善者 <input type="checkbox"/> t2. 符合中央主管機關公告之病症及病況：被看護者年滿 70 歲以上且經醫師開立診斷證明書，載明罹患以下血液淋巴腫瘤之一者：急性骨髓性白血病、急性淋巴性白血病、慢性骨髓性白血病(加速期或急性血癌轉變期)、慢性淋巴性白血病(RAI 第三期或第四期)、多發

	<p>性骨髓瘤且需積極抗癌治療、惡性淋巴瘤且需積極抗癌治療(檢附重大傷病卡且載明 ICD-10 符合中央主管機關公告之診斷碼)，或載明骨髓化生不良症(需合併貧血，血紅素 9g/dL 以下，累積達 3 次)、骨髓增生性腫瘤(需合併貧血，血紅素 9g/dL 以下，累積達 3 次)，血紅素檢附診斷證明書且載明 ICD-10 符合中央主管機關公告之診斷碼)</p> <p><input type="checkbox"/>v. 被看護者符合外國人從事就業服務法第 46 條第 1 項第 8 款至第 11 款工作資格及審查標準第 61 條第 2 項第 1 款取得身心障礙證明，且依身心障礙者權益保障法第 6 條及第 14 條規定，免重新鑑定且申請聘僱中階技術家庭看護工作者</p> <p><input type="checkbox"/>u. 被看護者符合外國人從事就業服務法第 46 條第 1 項第 8 款至第 11 款工作資格及審查標準第 61 條第 2 項第 2 款，申請中階技術家庭看護工且年齡滿 75 歲以上</p>
--	---

推介完成日期	年	月	日
---------------	---	---	---

註 1：依前次評估結果分類為一般案件(w.)或重症案件(x.、y.、z.)。

註 2：依雇主聘僱外國人許可及管理辦法第 17 條第 4 項第 2 款規定，被看護者具審查標準第 18 條第 3 項所定資格者，雇主為其申請聘僱外國人從事家庭看護工作，應持其身分證明文件，依第 18 條之 1 規定辦理國內招募。

推 介 結 果	<input type="checkbox"/> a. 申請接續聘僱外國人或變更被看護者，僅介紹照顧服務資源
	<input type="checkbox"/> b. 接受衛生福利部國內居家照顧服務補助
	<input type="checkbox"/> c. 接受長照中心推介之本國照顧服務員
	<input type="checkbox"/> d. 經長照中心推介 1 次無人選可推介
	<input type="checkbox"/> e. 已推介____名本國照顧服務員，但因下列理由未僱用： ①求職者認為工作地點太遠 ②求職者已另行就業 ③求職者未依約前往面試 ④求職者自願放棄工作機會 ⑤求職者自認體能無法勝任 ⑥求職者要求月薪薪資超過 3 萬 2 千元至 3 萬 5 千元 ⑦求職者不願從事 24 小時看護工作 ⑧雇主要求求職者從事看護以外之工作 ⑨其他(請於下列詳述理由)
	求職者： 理由：
<input type="checkbox"/> f. 其他註記：	

長照中心戳記		
主任(或課長、督導)章：	承辦人：	聯絡電話：

AF-034 11407 版

評估結果欄位填表說明

- 一、被看護者年齡未滿 80 歲，經醫療機構以團隊方式專業評估有全日照護需要者，一律勾選 x 選項。
- 二、被看護者年齡滿 80 歲以上，經醫療機構以團隊方式專業評估有嚴重依賴照顧需要者，均勻選 y 選項。
- 三、被看護者年齡滿 85 歲以上，經醫療機構以團隊方式專業評估有輕度依賴照顧需要者，均勻選 w 選項。
- 四、巴氏量表評估結果為 0 分且於 6 個月內病情無法改善，依規定可增聘外籍家庭看護工 1 名者，不論是否符合其他選項，均只須勾選 z 選項。
- 五、經醫療機構以團隊方式專業評估不符合其他選項者，應勾選 b 選項。
- 六、經醫療機構以團隊方式專業評估，無法判斷被看護者依賴照顧需要程度者，應勾選 c 選項。