|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 高雄市身心障礙者醫療輔具及費用補助  **診斷證明書** | | | | | | | | |
| 醫院名稱 {{hospital\_name}} | | | | | | | | |
| 姓 名 | {{patient\_name}} | | 性 別 | | {{patient\_sex}} | | |  |
| 年 齡 | 歲 | | 民（前）國 年 月 | | | | | 日生 |
| 身分證字號 | {{patient\_id}} | | | | | | | |
| 戶籍地址 | {{patient\_address}} | | | | | | | |
| 評估日期 | 年 月 日 | 病歷號碼 | |  | | 聯絡電話 | {{patient\_phone}} | |
| 病名及健康功能狀況 | {{diagnosis}} | | | | | | | |
| 需使用輔具之原因 | □呼吸障礙 □呼吸功能不全 □燒燙傷 □皮膚損傷  □身體腫瘤 □循環障礙 □其他: | | | | | | | |
| 院長：{{advisor\_name}} 診治醫師：{{doctor\_name}}  專科醫師證書字號：  中華民國 年 月 日 | | | | | | | | |

備註：

1. 本診斷證明書，請務必載明在看診病歷上。
2. 本診斷證明書**有效期限為 3個月**。
3. 醫療輔具補助限身心障礙者身分，且**居家自我照顧所需者**申請。
4. 民眾申請輔具補助只需一種診斷書(用此版本或醫院規格之版本皆可)。