

全民健康保險居家照護申請書

1 申請收案
 2 申請收案複核
 3 申請延長照護
 4 申請延長照護複核
 第一聯 保險人審查聯

保險人 受理日期	□□□年□□月□□日	醫事機構 收案日期	□□□年□□月□□日	前次核定 迄日	□□□年□□月□□日	
保險對象	姓名 _____	性別	<input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 2 女		出生日期	□□□年□□月□□日
身分證號	□□□□□□□□□□	電話	□□□□□□□□□□	診斷名稱	病名	ICD-9-CM
連絡地址	_____			主 診 斷	_____	□□□□□
收案來源	<input type="checkbox"/> 1 住院個案 <input type="checkbox"/> 2 非住院個案 <input type="checkbox"/> 3 護理之家個案 <input type="checkbox"/> 4 安養機構個案 (安養機構名稱 _____)			次 診 斷 1	_____	□□□□□
				次 診 斷 2	_____	□□□□□
護 理 評 估	1. 意識狀態： <input type="checkbox"/> 1 清醒警覺 <input type="checkbox"/> 2 躁動 <input type="checkbox"/> 3 人時地混淆 <input type="checkbox"/> 4 瞻妄 <input type="checkbox"/> 5 木僵 <input type="checkbox"/> 6 植物人狀態 <input type="checkbox"/> 7 昏迷 <input type="checkbox"/> 8 其他 _____ 昏迷指數(GCS)：E □ M □ V □分			次 診 斷 3	_____	□□□□□
	2. 情緒狀態： <input type="checkbox"/> 1 平穩 <input type="checkbox"/> 2 憂鬱 <input type="checkbox"/> 3 焦慮 <input type="checkbox"/> 4 無法評估			次 診 斷 4	_____	□□□□□
	3. 溝通方式：a 能理解： <input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 2 否 b 能表達： <input type="checkbox"/> 1 語言 <input type="checkbox"/> 2 肢體表達 <input type="checkbox"/> 3 溝通輔具 <input type="checkbox"/> 4 否					
	4. 呼吸： <input type="checkbox"/> 1 自行呼吸 <input type="checkbox"/> 2 使用氧氣 <input type="checkbox"/> 3 氣切插管 <input type="checkbox"/> 4 使用呼吸器 <input type="checkbox"/> 5 其他 _____ 5. 進食： <input type="checkbox"/> 1 自行進食 <input type="checkbox"/> 2 協助進食 <input type="checkbox"/> 3 鼻胃管灌食 <input type="checkbox"/> 4 靜脈注射 <input type="checkbox"/> 5 其他 _____ 6. 排泄： <input type="checkbox"/> 1 自行排泄 <input type="checkbox"/> 2 需協助排泄 <input type="checkbox"/> 3 大小便失禁 <input type="checkbox"/> 4 存留導尿管 <input type="checkbox"/> 5 腸造口 <input type="checkbox"/> 6 其他 _____ (重複二者以上請勾6並註明)					
	7. 皮膚： <input type="checkbox"/> 1 完整 <input type="checkbox"/> 2 破損(數目、最嚴重部位、大小、等級： <input type="checkbox"/> 、□□□□、□□x□□x□□、□級)					
	8. 活動能力評估：柯氏量表□級，巴氏量表總分□□分：(1)進食：□□分 (2)移位：□□分 (3)個人衛生：□□分 (4)如廁：□□分 (5)洗澡：□□分 (6)走路：□□分 (7)上下樓梯：□□分 (8)穿脫衣襪：□□分 (9)大便控制：□□分 (10)小便控制：□□分 肌力：上肢(左：□分 右：□分)、下肢(左：□分 右：□分)					
	9. 其他：_____					
護 理 計 畫 或 申 請 延 長 照 護 理 由	申請(延長)照護理由：(健康問題/技術性護理服務計畫) <input type="checkbox"/> 1. 定期更換導尿管，預防泌尿道感染 (Y/N) (頻率：□□天一次) <input type="checkbox"/> 2. 指導家屬尿管護理及水份之攝取 (Y/N) <input type="checkbox"/> 3. 定期更換胃管，評估營養狀態 (Y/N) (頻率：□□天一次) <input type="checkbox"/> 4. 指導家屬調理進食食物、注重個案營養的維持 (Y/N) <input type="checkbox"/> 5. 定期更換氣切管，評估呼吸道感染狀態 (Y/N) (頻率：□□天一次) <input type="checkbox"/> 6. 指導家屬抽痰技巧及翻身扣背之方法 (Y/N) <input type="checkbox"/> 7. 協助傷口換藥，維持皮膚完整性 (Y/N) (頻率：□□天一次) <input type="checkbox"/> 8. 協助家屬制定活動計畫，預防因不動所致之健康問題 (Y/N) <input type="checkbox"/> 9. 注意、指導肢體活動及翻身，預防壓瘡發生 (Y/N) <input type="checkbox"/> 10. 給予身體評估，早期發現健康問題之變化 (Y/N) <input type="checkbox"/> 11. 指導家屬照顧個案所需之知識、技能及必要之家庭安全設備 (Y/N) <input type="checkbox"/> 12. 其他：_____ (申請延長照護者，勾選理由為1、3、5者，請附四個月評值結果表)					
保 險 醫 事 服 務 機 構	名稱	機構章戳	保 險 人 審 核 意 見 欄	<input type="checkbox"/> 1 同意備查 <input type="checkbox"/> 2 不符收案條件，不同意 <input type="checkbox"/> 3 資料填寫不全，請補正 <input type="checkbox"/> 4 其他		決 行 簽 章
	代號	□□□□□□□□□□		電話	地址	
	申請日期：□□□年□□月□□日			審 查 醫 師	日 期	

保險對象(或代理人)簽章：_____