

農民健康保險殘廢診斷書

勞工保險局受理號碼

(勾填處請加蓋醫師章，各障害部位應填寫頁次，請參閱第七、八頁填表說明)

年33-

姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生 民國 年 月 日 國 (歲)	身分證號										
住址			電話：〈 〉										
診斷成殘傷病名稱													
上 項 傷 病	初診日期	年 月 日											
	住院診療期間	自 年 月 日 至 年 月 日	共住院 次	分別是 天	目前是否仍住院中							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	門診診療期間	自 年 月 日 至 年 月 日	共門診 次	目前是否仍門診或復健中							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	曾就診醫院及時間	醫院名稱： 時間： 年 月 日											
其他既往症及殘廢部位與程度													
治療經過及最終診斷：													
一、治療經過：													
二、診斷殘廢部位：													
三、上項殘廢部位： <input type="checkbox"/> 有好轉可能 <input type="checkbox"/> 無好轉可能													
四、治療終止診斷殘廢日期： 年 月 日													
或已治療一年以上診斷永不能復原日期： 年 月 日													
本診斷書所列殘廢症狀經本醫師親自診斷，特此證明													
全民健康保險特約醫療院所名稱： _____											蓋圖記		
代號： _____ 電話：() - _____													
開業執照： _____ 字第 _____ 號													
地址： _____													
院長： _____ 印 _____ 印													
〔負責人〕： _____ 章： _____ 診斷醫師： _____ 章： _____													
專科醫師證照：科別： _____ 科 字第 _____ 號													
診斷書出具日期： 年 月 日													

身體各部位障害評量結果 (請依實況打勾或填寫，並於勾填處加蓋醫師章)

一、精神疾病或痴呆症症狀			二、肺功能損失程度			
認知障礙： <input type="checkbox"/> 記憶喪失 <input type="checkbox"/> 迷失方向 <input type="checkbox"/> 思考能力喪失 <input type="checkbox"/> 不認識親朋 <input type="checkbox"/> 現實判斷力障礙			FEV ₁ :(用力呼氣一秒量) %			
精神障礙： <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 冷漠 <input type="checkbox"/> 持續性情緒障礙 <input type="checkbox"/> 幻覺 <input type="checkbox"/> 激動 <input type="checkbox"/> 衝動控制障礙			FVC:(用力肺活量) %			
行為問題： <input type="checkbox"/> 躁動不安 <input type="checkbox"/> 攻擊性行為 <input type="checkbox"/> 退縮行為 <input type="checkbox"/> 遊走 <input type="checkbox"/> 過份活潑 <input type="checkbox"/> 行為遲滯 <input type="checkbox"/> 重覆自傷行為			FEV ₁ / FVC: (用力呼氣一秒率) %			
評量日期: 年 月 日 (請另勾填第三頁) (痴呆症請另檢附 CDR「臨床失智評估量表」及 MMSE「簡易智能狀態測驗」)			DLCO:(肺瀰散量) %			
三、肝功能檢查失代償情形			四、心臟機能損失情形			
1、腹水： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 2、脾臟： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 脾腫大 <input type="checkbox"/> 切除 3、食道靜脈： <input type="checkbox"/> 無曲張或破裂 <input type="checkbox"/> 曲張 <input type="checkbox"/> 破裂 4、肝腦病變： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 5、血清總膽紅素： <input type="checkbox"/> mg% 6、血清白蛋白： <input type="checkbox"/> gm% 7、凝血酶原時間延長： <input type="checkbox"/> 秒 檢查日期： 年 月 日 (請另勾填第三頁)			1、心臟移植手術後： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 2、運動功能測試結果： <input type="checkbox"/> METS 3、心臟機能遺存障害，符合紐約心臟協會分類標準第 級(請參閱填表說明) 4、左心室射出分數為 % (請附最近三個月心臟功能檢查報告) (出具殘廢診斷書醫院之正常值為： 至 %) 檢查或鑑定日期： 年 月 日 (請另勾填第三頁)			
五、眼睛障害			初診時視力		診斷殘廢時視力	
(1) 視力障害：請用萬國式視力表以大寫數字填寫 (2) 另視野障害、眼球調節運動障害及眼瞼缺損或運動障害等，請填寫於本表第十項			未矯正 矯正後		未矯正 矯正後	
左			左		左	
右			右		右	
六、聽力障害			初診時聽力喪失程度		診斷殘廢時聽力喪失程度	
<input type="checkbox"/> 傷病導致 <input type="checkbox"/> 老化引起 <input type="checkbox"/> 其他			左耳 分貝		左耳 分貝	
			右耳 分貝		右耳 分貝	
七、言語機能障害			八、咀嚼嚥下機能障害			
下列四種構音項目中，有那幾項不能構音 <input type="checkbox"/> 口唇音 <input type="checkbox"/> 口蓋音 <input type="checkbox"/> 齒舌音 <input type="checkbox"/> 喉頭音			<input type="checkbox"/> 除流質食物(果汁、牛奶類)外，不能攝取或嚥下 <input type="checkbox"/> 除粥、糊或類似之食物外，不能攝取或嚥下			
九、肢體殘缺或肢體機能障害，請在第四、五、六頁填寫或繪圖。						
十、其他障害項目殘廢狀況：						

精神、神經、胸腹部臟器障害經診斷殘廢詳況

(請依實況打勾或填寫，並於勾填處加蓋醫師章；精神、神經障害須由專科醫師出具)

1. 障害部位：精神障害 神經障害 胸腹部障害
註(如為精神病,痴呆症,肺或肝功能,心臟機能障害等,除完整勾填本頁外,並請配合填寫第二頁之評量表)
2. 意識狀態：正常 遲鈍 不清楚 無意識狀態
3. 認知狀態：正常 不認識親朋 記憶思考能力喪失 現實判斷力障礙
4. 呼吸狀態：呼吸正常 經常需借助氧器具 需呼吸器輔助
5. 攝食狀態：自行進食 暫時需人餵食 永久需人餵食
暫時鼻胃管灌食 永久鼻胃管灌食 永久性胃造瘻 或腸造瘻 灌食
6. 臥床狀態：起臥正常 大部分時間需要臥床 整日臥床
7. 言語狀態：正常 言語不清 喪失言語能力
8. 惡性腫瘤：無 經手術切除後再復發 無法手術 已遠處轉移

9. 肌力程度：分為 0~~5 共六等級,請依其程度填寫於下表 肢體痙攣 平衡協調

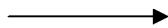
部位	上肢			下肢			肢體痙攣	平衡協調
	肩	肘	腕	股	膝	踝		
左							<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 正常
右							<input type="checkbox"/> 不靈活	<input type="checkbox"/> 能動但不協調
							<input type="checkbox"/> 有阻力	<input type="checkbox"/> 動作困難且不協調
							<input type="checkbox"/> 僵硬	

10. 巴金森患者肢體狀態：
一側肢體僵直顫抖 兩側肢體僵直顫抖 兩側肢體震顫
走臥需他人扶助 完全無法行動

11. 行動能力：可自力行走
需扶杖行走(單杖 雙單杖 四腳杖 扶物)
自行操控輪椅代步
需他人操控輪椅代步
完全無法行動

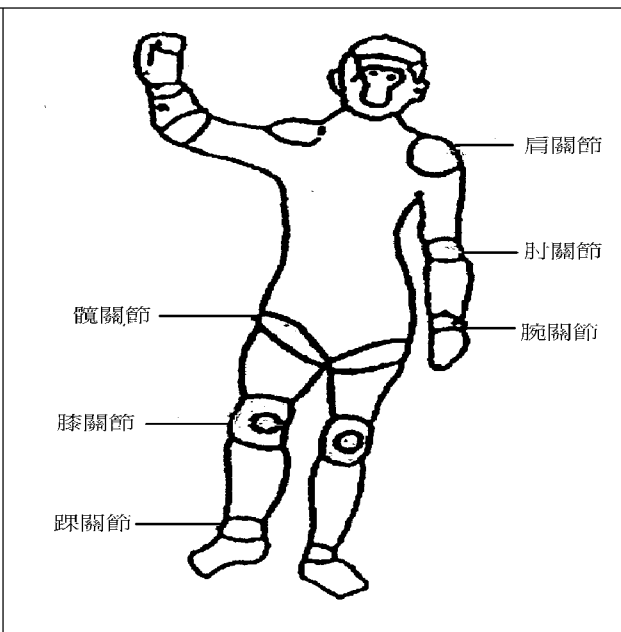
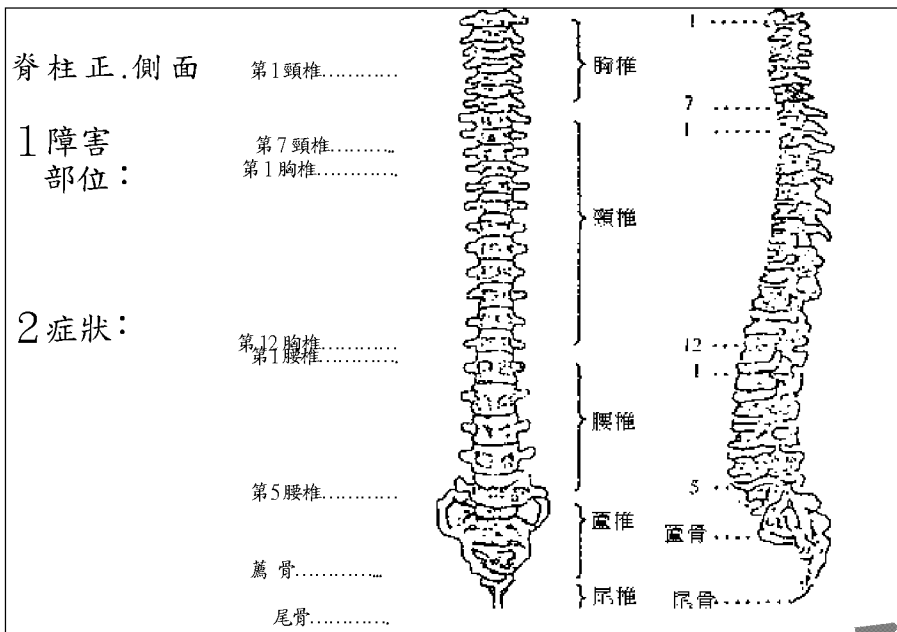
12. 工作能力：可從事正常農作
可從事戶外輕便農作
不能從事農作但可從事家內工作
無法從事任何工作

13. 如需繪圖者，請繪於右方：



14. 其他補充說明：

以上診斷係依據 病患親自到診
年 月 日病歷
家屬陳述(註：非本局審核之依據)



如有骨折脫位、畸形，手術鋼釘固定或融合粘連，請將部位填明畫出及蓋章，並在下列頸部障害或脊柱障害欄填上測量角度。

請在上圖畫出四肢殘缺部位或下肢長短情形

頸部障害 (勾填處請加蓋醫師章) 肩關節障害

頸椎生理可運動範圍 < 度 >

註1: (頸椎前屈可動範圍) + (頸椎後屈可動範圍) = 頸椎生理可運動範圍

註2: 申請給付時應附診斷成殘時頸椎正、側面 X 光片並請在上方脊柱正側面圖填載1障害部位及2症狀

肩關節生理可運動範圍 < 左 度 > < 右 度 >

註: (肩關節前舉可動範圍) + (肩關節後方伸展可動範圍) = 肩關節生理可運動範圍

脊柱障害 (勾填處請加蓋醫師章) 肘關節障害

脊柱生理可運動範圍 < 度 >

註: (脊柱前屈可動範圍) + (脊柱後屈可動範圍) = 脊柱生理可運動範圍

註: 申請給付時應附診斷成殘時脊柱正、側面 X 光片並請在上方脊柱正側面圖填載1障害部位及2症狀

肘關節生理可運動範圍 < 左 度 > < 右 度 >

註: (肘關節伸展可動範圍) + (肘關節屈曲可動範圍) = 肘關節生理可運動範圍

腕關節障害 (勾填處請加蓋醫師章) 膝關節障害

腕關節背屈可動範圍
 〈左 度〉
 〈右 度〉

腕關節掌屈可動範圍
 〈左 度〉
 〈右 度〉

腕關節生理可運動範圍 〈左 度〉 〈右 度〉
 註：(腕關節背屈可動範圍) + (腕關節掌屈可動範圍) = 腕關節生理可運動範圍。

膝關節伸展可動範圍
 〈左 度〉
 〈右 度〉

膝關節屈曲可動範圍
 〈左 度〉
 〈右 度〉

膝關節生理可運動範圍 〈左 度〉 〈右 度〉
 註：〈膝關節伸展可動範圍〉 + 〈膝關節屈曲可動範圍〉 = 膝關節生理可運動範圍。

腕關節障害 (勾填處請加蓋醫師章) 踝關節障害

腕關節屈曲可動範圍
 〈左 度〉
 〈右 度〉

腕關節伸展可動範圍
 〈左 度〉
 〈右 度〉

腕關節生理可運動範圍 〈左 度〉 〈右 度〉
 註：〈腕關節屈曲可動範圍〉 + 〈腕關節伸展可動範圍〉 = 腕關節生理可運動範圍。

踝關節屈曲可動範圍
 〈左 度〉
 〈右 度〉

踝關節伸展可動範圍
 〈左 度〉
 〈右 度〉

踝關節生理可運動範圍 〈左 度〉 〈右 度〉
 註：〈踝關節屈曲可動範圍〉 + 〈踝關節伸展可動範圍〉 = 踝關節生理可運動範圍。

左腳腳趾

右腳腳趾

左手手指

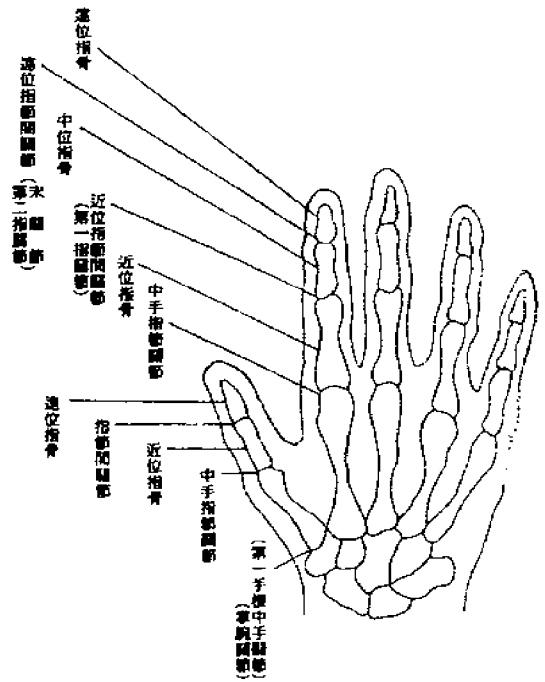
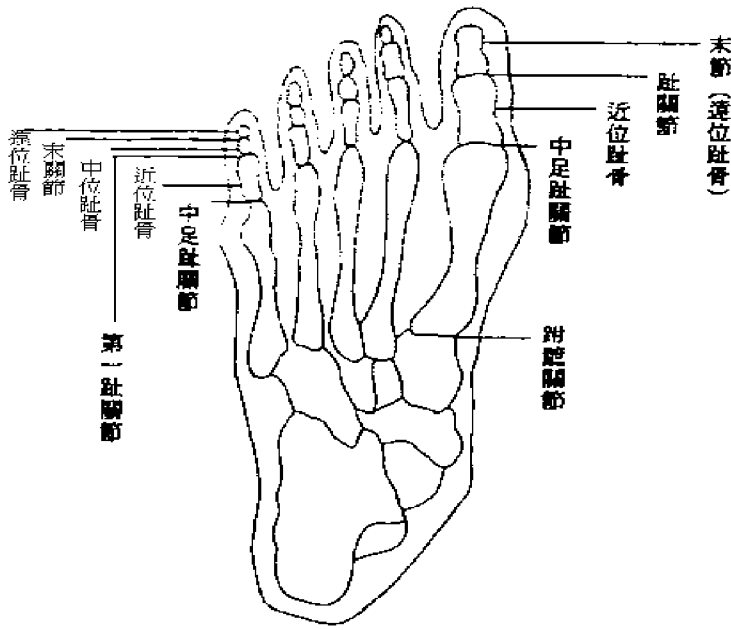
右手手指

腳趾障害 (腳趾關節可活動度數表)

手指障害 (手指關節可活動度數表)

關節	中足趾關節		第一趾關節		末關節		關節	中手指節關節		近位指節關節		遠位指節關節	
	左(度)	右(度)	左(度)	右(度)	左(度)	右(度)		部位	左(度)	右(度)	左(度)	右(度)	左(度)
第一趾							拇指						
第二趾							食指						
第三趾							中指						
第四趾							無名指						
第五趾							小指						

於各圖上作標示時，請加蓋出具醫師圖章



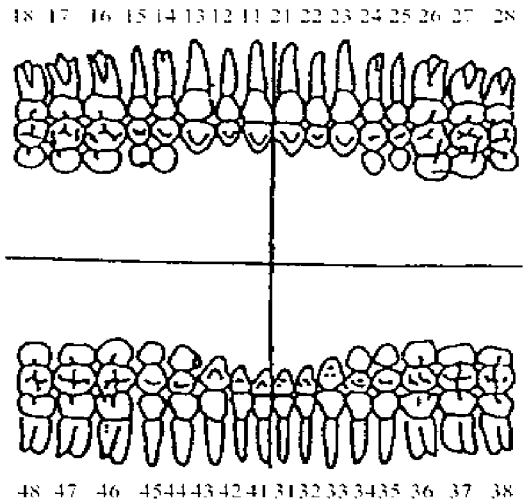
牙齒障害(勾填處請加蓋醫師章)

1、此次牙齒缺損之原因：

- 疾病
- 意外傷害：原因：_____ 日期：____年____月____日
- 其它_____

2、牙齒缺損之定義：牙齒因意外傷害致牙齒完全脫落，無殘根（含同一傷害需拔除之牙齒）共_____顆

3、請在右圖標示部位並填寫代號。
缺損牙齒代號：_____。



頭部、顏面部或頸部顯著醜形

一、醜形係指遺存於頭部、顏面部或頸部日常露出有礙外觀之醜形。

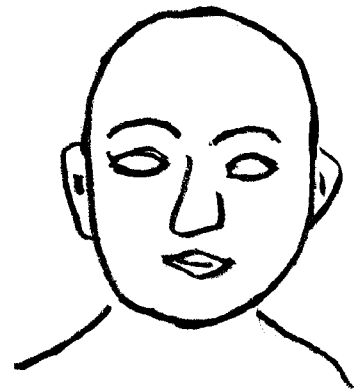
二、顯著醜形包括：

- 1.在頭部遺存手掌大（不包括五指）以上之癍痕者。
- 2.在顏面部遺存雞卵大以上之癍痕或五公分以上之不規則線狀痕，或直徑三公分以上之組織凹陷（與人相遇時可引起他人注意之程度）者。
- 3.在頸部遺存手掌大（不包括五指）以上之癍痕者。

三、請轉囑被保險人檢附載有拍攝日期之4*6彩色近距離照片乙張。（照片背面載姓名、身分證號碼）

四、癍痕成熟約需一年時間，請勿提前開具殘廢診斷書。

請將醜形部位、形狀在下圖畫出，並註明長度及大小，並加蓋醫師章



農民健康保險殘廢診斷書填表說明

一 般 說 明

- 一、殘廢給付，須被保險人之傷害或疾病治療終止後致永久殘廢（例如：器官切除、手腳截肢），或所患傷病雖經治療一年以上仍未痊癒，身體遺存障害永不能復原（例如：腦中風、癌症），符合殘廢給付標準表規定項目者，始得請領。被保險人罹患之傷病，症狀未固定仍需繼續治療者，請勿開具殘廢診斷書。至遺存之障害，是否屬「永不能復原」，應由診斷醫師視治療結果，依專業認定，詳實填載。
- 二、診斷被保險人之殘廢詳況，請依傷病情形或殘廢程度據實詳載，切勿循情並防範假冒。
- 三、診察被保險人時並請注意其在此次傷害或罹患疾病之前是否已有殘廢，將其原已殘廢部位及程度填入診斷書相關欄位。
- 四、領取保險給付之請求權，自得請領之日起，因二年間不行使而消滅。

殘 廢 詳 況 欄 填 表 說 明

精神、神經障害 胸腹部機能障害 （請填寫殘廢診斷書第1、2、3頁）	<ol style="list-style-type: none"> 一、請就其殘廢程度及影響生活與工作能力各項加以勾選。 （各級肌力所代表之意義：5分→正常肌力、4分→居5分與3分之間，運動可能正常，但比檢查者力量小一點、3分→抗地心引力、2分→可平行移動、1分→肌束活動、0分→完全無力）。 二、精神、神經障害等級之審定基本原則：綜合其病灶，對於永久喪失勞動力與影響日常生活或社會生活活動狀態及需他人扶助之情況依各項狀況定其等級。於審定時，須有精神科、神經科、神經外科等專門醫師診斷證明資料為依據。 三、老年痴呆症、失智症等請檢附CDR「臨床失智評估量表」及MMSE「簡易智能狀態測驗」。 四、胸腹部臟器障害等級之審定：胸腹部臟器機能遺存障害，須將症狀綜合衡量，永久喪失勞動力與影響其日常生活活動或社會生活活動狀況及需他人扶助之情形，比照精神、神經障害等級審定基本原則，綜合審定其等級。
心臟機能損害分類標準： （紐約心臟協會分類標準） （請填寫殘廢診斷書第1、2、3頁）	<ol style="list-style-type: none"> 第一級：有心臟病，但無運動障礙，平常之活動下，無氣喘胸痛疲倦或心悸現象。 第二級：有心臟病，且有輕度運動障礙，在休息或輕工作時無症狀，但日常生活較重之工作時則有症狀。 第三級：有心臟病，且有重度運動障礙，休息時無症狀，但稍有活動即有症狀。 第四級：有心臟病，且無法活動者，在靜止狀態下有心臟代償不全，活動時症狀加重。
視力障害 （請填寫殘廢診斷書第1、2頁）	<ol style="list-style-type: none"> 一、「視力」之測定，應用萬國式視力表以矯正後視力為準，但矯正不能或依矯正後發生不等像症，因而工作上招致影響顯著者，得以裸眼視力測定之。 二、「失明」包括眼球喪失或摘出或不能辨明暗或僅能辨眼前手動者。 三、如矯正後視力僅能辨眼前手動者，請註明眼前幾公分見手動。
聽覺障害 （請填寫殘廢診斷書第1、2頁）	<ol style="list-style-type: none"> 一、請敘明其因何種傷病或係因老化致聽力受損，及於治療經過欄載明其有無經藥物之積極性治療情形。 二、聽覺障害之測定，需用精密聽力計（Audiometer）行之，如有ABR檢驗報告請一併檢附。

<p>咀嚼、嚥下機能障害 (請填寫殘廢診斷書 第1、2頁)</p>	<p>咀嚼機能發生障害之主要原因，由於牙齒之損壞者，農保殘廢給付標準表已另有專項訂明，此處規定之咀嚼機能障害，係專指由於牙齒以外之原因（如頰、舌、軟硬口蓋、顎骨、下顎關節等之障害），所引起者。食道狹窄、舌異常、咽喉頭支配神經麻痺等引起之嚥下障害，往往併發咀嚼機能障害，故兩項障害合併為「咀嚼、嚥下障害」：</p> <p>一、「喪失咀嚼、嚥下之機能」，係指因器質障害或機能障害，以致不能作咀嚼、嚥下運動，除流質食物外，不能攝取或嚥下者。</p> <p>二、「咀嚼、嚥下機能遺存顯著障害」，係指不能充分咀嚼、嚥下運動，致除粥、糊、或類似之食物以外，不能攝取或嚥下者。</p>
<p>言語機能障害 (請填寫殘廢診斷書 第1、2頁)</p>	<p>一、言語機能障害，係指由於牙齒損傷以外之原因引起之構音機能障害、發聲機能障害及綴音機能障害等：</p> <p>(一)「喪失言語機能障害」，係指下列構成語言之口唇音、齒舌音、口蓋音、喉頭音等四種語言機能中，有三種以上不能構音者。</p> <p>(二)「言語機能遺存顯著障害」，係指下列構成語言之口唇音、齒舌音、口蓋音、喉頭音等四種語言機能中，有二種以上不能構音者。</p> <p>1 雙唇音：ㄅ ㄆ ㄇ (發音部位雙唇)</p> <p>2 唇齒音：ㄆ (發音部位唇齒)</p> <p>3 舌尖音：ㄊ ㄌ ㄎ (發音部位舌尖與牙齦)</p> <p>4 舌根音：ㄍ ㄑ ㄒ (發音部位舌根與軟顎)</p> <p>5 舌面音：ㄓ ㄔ ㄕ (發音部位舌面與硬顎)</p> <p>6 舌尖後音：ㄆ ㄑ ㄒ (發音部位舌尖與硬顎)</p> <p>7 舌尖前音：ㄊ ㄌ ㄎ (發音部位舌尖與上牙齦)</p> <p>二、因綴音機能遺存顯著障害，祇以言語表示對方不能通曉其意思者，準用「言語機能遺存顯著障害」所定等級。</p>
<p>脊柱畸形或運動障害 (請填寫殘廢診斷書 第1、4頁)</p>	<p>一、被保險人脊柱有明顯骨折、脫位、畸形、手術鋼釘固定或融合粘連者，請將該部位症狀在第四頁填明畫出，並應檢附診斷成殘之正、側面X光片(需打印被保險人姓名、身分證字號及拍攝日期)，並於殘廢診斷書上填明脊柱前屈、後屈及能動範圍角度。脊柱遺存顯著畸形者，請同時檢附穿著衣服之照片。</p> <p>二、如有神經病變致肌力受損，應另附肌電圖及神經傳導檢查報告，並填寫第三頁第九項。</p>
<p>四肢殘缺(請填寫殘廢 診斷書第1、4頁)</p>	<p>請於圖片上標示其殘缺部位(第四頁)</p>
<p>肢體機能障害 (請填寫殘廢診斷書 第1、4、5、6頁)</p>	<p>一、請填寫殘廢關節之生理運動範圍。</p> <p>二、「假關節」係指骨折後折骨兩端無法癒合，肢體在斷處可以活動，形成一關節之狀，相似之情況亦可發生非機械性骨折，承重之長骨產生去骨現象，造成彎曲及病理性骨折，在骨折處無法鈣化癒合而形成假關節，但非人工關節。</p>
<p>下肢縮短障害 (請填寫殘廢診斷書 第1、4頁)</p>	<p>下肢縮短之測定，自患側之腸骨前上棘與內踝下端之長度，與健側下肢比較測定其短縮程度。</p>