

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓

承辦人：甘莉莉

電話：(02)2752-7286#134

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：kan@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國101年9月27日

發文字號：全醫聯字第1010001654號

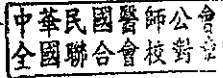
速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文


主旨：轉知行政院衛生署為配合「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22條條文修正，修正「病症暨失能診斷證明書」（雇主申請聘僱家庭外籍看護工用）1分，並自101年9月24日實施（如附件），請查照。

說明：依行政院衛生署101年9月24日衛署照字第1012863831號函副本辦理。

正本：各縣市醫師公會 

副本：

理事長 **李明濱**


擬公布網立
張 1/2

彰化縣醫師公會	
收文日期	101. 10. -2
收文字號	彰醫字第 1210 號

狀				
2608	101	9	24	1600

檔 號：
保存年限：

1654

行政院衛生署 函

地址：54071南投市中興新村光明路15號
傳 真：(049)2325892
聯絡人及電話：黃玉華(049)2332161轉3267
電子郵件信箱：yu5301@cto.doh.gov.tw



受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國101年9月24日
發文字號：衛署照字第1012863831號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：見主旨(1012863831-1.doc)

主旨：為配合「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22條條文修正，修正「病症暨失能診斷證明書（雇主申請聘僱家庭外籍看護工用）」1份，並自中華民國101年9月24日實施，惠請轉知所轄評估醫療機構，請 查照。

說明：

- 一、依據行政院勞工委員會101年9月17日勞職管字第1010140475號、1010510786函辦理。
- 二、旨揭配合修正病症失能診斷證明書照護需求評估內容如下：
 - (一)被看護者年齡未滿80歲有全日照護需要（巴氏量表為30分以下為原則，最高不得超過35分）。
 - (二)被看護者年齡滿80歲以上，有嚴重依賴照護需要【巴氏量表為60分（含60分）以下】。
 - (三)經醫療專業診斷巴氏量表為0分且於6個月內病情無法改善。
 - (四)被看護者非有全日或嚴重依賴照護需要。



(五)目前無法判斷，理由：_____。

(六)附註：依巴氏量表的總分評量表依賴程度之等級分：完全依賴-0-21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。

正本：各直轄市及縣市衛生局

副本：行政院勞工委員會、中華民國醫師公會全國聯合會、本署醫事處、本署護理及健康照護處

2012/09/24
交11-換15章

署長邱文達

本案依分層負責規定授權處室主管決行

病症暨失能診斷證明書 (雇主申請聘僱家庭外籍看護工用)

流水編號(醫院自行編號):

101年9月24日修訂

醫院										照片黏貼處					
										(以3個月內2吋脫帽半身照片為限，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		段		巷弄		號之樓	
		市		區市		里		街							
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															
照護需求評估		<input type="checkbox"/> 被看護者年齡未滿80歲有全日照護需要(巴氏量表為30分以下為原則，最高不得超過35分)。 <input type="checkbox"/> 被看護者年齡滿80歲以上，有嚴重依賴照護需要【巴氏量表為60分(含60分)以下】。 <input type="checkbox"/> 經醫療專業診斷巴氏量表為0分且於6個月內病情無法改善。 <input type="checkbox"/> 被看護者非有全日或嚴重依賴照護需要。 <input type="checkbox"/> 目前無法判斷，理由：_____。													
院長：					診治醫師：										
										醫師證書字號：					
中華民國		年		月		日									

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、天疱瘡、類天疱瘡、紅皮症、各種水疱症、魚鱗癬、蕁樣黴菌病及 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 失智症：本項目得以 CDR（臨床失智評估量表）做判斷之參考。
- (1) CDR 2 分以上者，須由 1 位神經科或精神科專科醫師簽章。
- (2) CDR 1 分者，須由 2 位神經科或精神科專科醫師一致認定確有專人協助照護必要，並予簽章。
- 15 其他經醫師專業判斷評估認定為罹患嚴重病況且健康功能狀況不良者，經 6 個月觀察病情穩定。
- 16 其他，請說明：_____

附註：

- 一、若醫療團隊評估為需全日照護需要，巴氏量表分數逾 35 分（不含）者，請詳述被看護者經評估為需全日照護需要之事實原因：
- 二、依巴氏量表的總分評量表依賴程度之等級分：完全依賴-0-21 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。

醫師簽章（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)

醫師簽章：
(簽名並蓋章)

其他評估人員：
(簽名或蓋章)