

農民健康保險身心障礙診斷書逕寄勞動部勞工保險局證明書

申請人仍須至投保農會填具「身心障礙給付申請書及給付收據」辦理身心障礙給付請領手續

本身心障礙診斷書已由開具醫療院所逕寄勞動部勞工保險局

被保險人姓名：_____

身分證統一編號：_____

出生日期：民國____年____月____日

身心障礙部位：_____

本院（所）開具上述被保險人之農保身心障礙診斷書已逕寄勞動部勞工保險局，特此證明。

醫事機構代號：_____

醫療院所名稱：_____

醫院（診所）

圖記

中華民國____年____月____日

請
沿
此
虛
線
撕
下

辦理身心障礙給付應注意事項：

- 1、身心障礙給付應由被保險人於生前提出申請（以農會寄出申請書件之郵戳時間來認定），不得由遺屬或繼承人於被保險人死亡後代為提出申請。
- 2、醫療院所於開具農民健康保險身心障礙診斷書後，請將「農民健康保險身心障礙診斷書逕寄勞動部勞工保險局證明書」填妥蓋章後撕下交由被保險人收執申請給付，並於5日內以掛號郵件寄送勞動部勞工保險局（郵資由勞動部勞工保險局支付）。
- 3、被保險人收到「農民健康保險身心障礙診斷書逕寄勞動部勞工保險局證明書」後，請持本逕寄證明書至投保農會填具「身心障礙給付申請書及給付收據」並依各身心障礙種類檢附相關檢查報告、X光片、照片等，交由投保農會蓋章後寄送勞動部勞工保險局。
- 4、申請眼睛、皮膚身心障礙給付，依法應由全民健康保險特約醫院出具（不得由診所出具）；申請胸腹部臟器之心臟、肺臟、肝臟機能障礙身心障礙給付，依法應由衛生福利部醫院評鑑優等以上之醫院、醫院評鑑合格之醫學中心或區域醫院、醫院評鑑及教學醫院評鑑合格之全民健康保險特約醫院出具。但居住於澎湖縣、金門縣、連江縣之被保險人不在此限。
- 5、被保險人申請身心障礙給付時，請用本專用表格，每一勾填處及每一頁面相連處均應加蓋醫師章，始為有效；診斷醫師請視治療結果，依專業認定，詳實填載，切勿徇情並防範假冒。至於診斷書所載內容是否符合給付標準，由勞動部勞工保險局逕依相關法令規定認定。
- 6、以詐欺或其他不正當行為領取保險給付者，除須追還溢領之給付外，並按其領取給付金額處以2倍罰鍰，涉及刑責者，將移送司法機關辦理。

農民健康保險身心障礙診斷書

◎請醫師出具診斷書前先行詳閱本表應注意事項及各項障礙說明。

勞保局受理號碼

年 33-

姓名	出生日期		前 民國	年	月	日	身分證 統一編號										
地址								電話：() 手機：									
自述	傷病初發時間				傷病發生地點												
	傷病原因				曾就診之醫療院所名稱及時間												
造成障礙之傷病在本院(所)診療情形																	
診斷障礙傷病名稱						診斷障礙部位											
上項傷病初診日期			年 月 日			國際疾病代碼											
住院診療期間			自 年 月 日 至 年 月 日			共住院 次						□ 是 □ 否					
門診診療期間			自 年 月 日 至 年 月 日			共門診 次						□ 是 □ 否					
與障礙部位相關之最後一次手術日期： 年 月 日 (手術名稱：)																	
與本次傷病有關之病症、 病史及就診醫療院所資料			(醫療院所名稱： 時間： 年 月 日)														
◎治療經過及診療病歷摘要：(請詳述時間及處置方式，本欄位如不足填載，請另行加頁浮貼並蓋騎縫章)																	
◎本診斷書係依據 【 <input type="checkbox"/> 病患親自到診 <input type="checkbox"/> 年 月 日病歷 診斷出具】																	
◎【 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否】有「非」家屬人員陪同病患到診																	
◎經評估後 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 症狀固定，永久身心障礙																	
◎診斷永久身心障礙日期： 年 月 日																	
醫療院所 出具證明 欄	全民健康保險特約醫療院所名稱： _____																
	醫事機構代號： _____ 電話：() _____																
	開業執照： _____ 字第 _____ 號																
	地 址： _____																
	院 長 _____ 簽 _____ 章： _____ 診斷醫師： _____ 章： _____																
	(負責人)： _____ 章： _____ 診斷醫師： _____ 章： _____																
專科醫師證照號碼、科別： _____ 科 _____ 字第 _____ 號																	
診斷書出具日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日																	
請蓋印信或圖記																	

精神障礙填表說明及障礙詳況

說明：

1. 本項障礙應由精神科專科醫師依障礙實況於☐打勾或加註文字說明；又每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效。
2. 本項障礙須經治療2年以上始得認定。
3. 本項障礙之審核基本原則：綜合其全部症狀，對於永久喪失從事農作能力與影響日常生活或社會生活活動狀態及須他人扶助之情況定其身心障礙等級。

壹、精神障礙：（障礙詳況內容，請填寫第2、3頁）

一、精神症狀：

- | | | | | | | |
|-------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------|
| 1、外觀： | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 敵意 | <input type="checkbox"/> 神經質 | <input type="checkbox"/> 多疑 | <input type="checkbox"/> 不合作 | (可重複勾選) |
| 2、情感： | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 憂鬱 | <input type="checkbox"/> 緊張 | <input type="checkbox"/> 焦慮 | <input type="checkbox"/> 冷漠 | (可重複勾選) |
| 3、行為： | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 躁動不安 | <input type="checkbox"/> 攻擊行為 | <input type="checkbox"/> 退縮行為 | <input type="checkbox"/> 自言自語 | (可重複勾選) |
| 4、思想： | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 妄想 | <input type="checkbox"/> 幻覺 | <input type="checkbox"/> 強迫意念 | <input type="checkbox"/> 自殺意念 | (可重複勾選) |

二、意識狀態：

- ☐正常 ☐輕中度意識障礙 ☐重度意識障礙 ☐無意識狀態

三、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

四、呼吸狀態：

- ☐正常 ☐暫時需藉助氧器具 ☐經常須藉助氧器具 ☐長期須人工呼吸器輔助

五、言語狀態：

- ☐正常 ☐言語不清與溝通能力受損 ☐喪失言語與溝通能力

六、起臥能力：

- ☐起臥正常 ☐臥床但可自行翻身 ☐臥床且無法自行翻身

七、攝食狀態：

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自行進食 | |
| <input type="checkbox"/> 暫時需人餵食 | <input type="checkbox"/> 永久須人餵食 |
| <input type="checkbox"/> 暫時鼻胃管灌食 | <input type="checkbox"/> 永久鼻胃管灌食 |
| <input type="checkbox"/> 暫時性胃（或腸）造瘻灌食 | <input type="checkbox"/> 永久性胃（或腸）造瘻灌食 |

（本頁障礙詳況內容勾填後，請接續勾填第3頁）

八、行動能力：

- ☐可自力行走
- ☐行動遲滯
- ☐須扶杖行走
- ☐自行操控輪椅代步
- ☐無法自行操控輪椅代步
- ☐完全無法行動

九、農作能力：

- ☐可從事正常農作
- ☐通常無礙農作，但由醫學上可證明遺存精神障礙
- ☐終身僅能從事輕便農作
- ☐終身無法從事農作

十、精神障礙致認知功能受損者，最近6個月檢測結果：（請檢附最近6個月以內之 CDR、MMSE 檢查報告）

「臨床失智評估量表」（CDR）為_____分；「簡易智能狀態測驗」（MMSE）為_____分

【檢查日期： 年 月 日】

十一、其他補充說明：

神經障礙填表說明及障礙詳況

說明：

1. 本項障礙應由神經科、神經外科或復健科等專科醫師依障礙實況於□打勾或加註文字說明；又每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效。
2. 本項障礙須經治療6個月以上始得認定；如經手術，須最後一次手術術後6個月以上始得認定。
3. 本項障礙之審核基本原則：綜合其全部症狀，對於永久喪失從事農作能力與影響日常生活或社會生活活動狀態及須他人扶助之情況定其身心障礙等級。

貳、神經障礙：（障礙詳況內容，請填寫第4、5頁）

一、意識狀態：

- ☐ 正常 ☐ 輕中度意識障礙 ☐ 重度意識障礙 ☐ 無意識狀態

二、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

三、呼吸狀態：

- ☐ 正常 ☐ 暫時需藉助氧器具 ☐ 經常須藉助氧器具 ☐ 長期須人工呼吸器輔助

四、言語狀態：

- ☐ 正常 ☐ 言語不清與溝通能力受損 ☐ 喪失言語與溝通能力

五、起臥能力：

- ☐ 起臥正常 ☐ 臥床但可自行翻身 ☐ 臥床且無法自行翻身

六、攝食狀態：

- ☐ 自行進食 ☐ 暫時需人餵食 ☐ 永久須人餵食
☐ 暫時鼻胃管灌食 ☐ 永久鼻胃管灌食
☐ 暫時性胃（或腸）造瘻灌食 ☐ 永久性胃（或腸）造瘻灌食

七、肢體肌力：（分為「0~5」共6個等級，請依其程度填寫於下表）

※ 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。

方向 \ 部位	上肢			下肢		
	肩	肘	腕	髖	膝	踝
左側						
右側						

八、肢體痙攣：

- ☐ 正常 ☐ 有阻力 ☐ 僵硬

九、平衡協調：

- ☐ 正常 ☐ 肢體失調 ☐ 軀幹失調

（本頁障礙詳況內容勾填後，請接續勾填第5頁）

十、行動能力：

- ☐可自力行走
- ☐行動遲滯
- ☐須扶杖行走
- ☐自行操控輪椅代步
- ☐無法自行操控輪椅代步
- ☐完全無法行動

十一、農作能力：

- ☐可從事正常農作
- ☐通常無礙農作，但由醫學上可證明遺存神經症狀
- ☐終身僅能從事輕便農作
- ☐終身無法從事農作

十二、巴金森氏症經藥物治療後之狀態：（巴金森氏症請加填本選項）

- ☐一側肢體僵直顫抖
- ☐兩側肢體僵直顫抖
- ☐兩側肢體震顫
- ☐走臥須他人扶助
- ☐完全無法行動

十三、癲癇：

- ☐經 2 種或 2 種以上抗癲癇藥物充分治療，每月仍有 1 次以上發作
- ☐經 2 種或 2 種以上抗癲癇藥物充分治療，每週仍有 1 次以上發作

十四、因腦疾、創傷或失智症等所致之認知功能、社交功能及日常生活功能退化者，最近 6 個月檢測結果：

（請檢附最近 6 個月以內之 CDR、MMSE 檢查報告）

「臨床失智評估量表」（CDR）為_____分；「簡易智能狀態測驗」（MMSE）為_____分

【檢查日期： 年 月 日】

十五、其他補充說明：

如需繪圖者，請繪於右方：

胸腹部臟器障礙填表說明及障礙詳況

說明：

1. 請依障礙實況於☐打勾或加註文字說明；又每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效。
2. 本項障礙須經治療6個月以上始得認定；如經手術，須最後一次手術術後6個月以上始得認定。但個別臟器有不同之合理治療期間者，從其規定。
3. 器質性障礙項目或慢性腎衰竭需長期透析治療之患者，應於器官切除出院之日、移植出院之日或初次接受透析治療（洗腎）之日審核身心障礙等級；膀胱機能障礙需由泌尿科專科醫師認定。
4. 胸腹部臟器機能遺存障礙，須將全部症狀綜合衡量，對於永久喪失農作能力與影響日常生活或社會生活活動之狀態及須他人扶助之情況，綜合審核其身心障礙等級。

叁、胸腹部各臟器障礙：

一、障礙部位及症狀：（請依診斷障礙部位選擇填寫第1~15項）

1. 心臟：請附最近3個月之心臟功能檢查報告及核子醫學左心室功能檢查報告，下方(1)、(2)為必填項目

(1)符合心臟機能損害分類基準【☐第一度、☐第二度、☐第三度、☐第四度】

(2)最近3個月之核子醫學檢查左心室射出分率功能檢查（LVEF）：_____%

(3)請續填以下欄位，可重複勾選：

- ☐四週以上（且目前仍持續）
☐曾住院接受【☐兩週以上、四週以內（且仍不定時必須要）】連續性機械輔助或靜脈注射強心
☐未超過兩週（不定期）

藥物治療，且有無法控制之進行性慢性心臟衰竭

☐冠狀動脈心臟病【☐有心肌梗塞病史 ☐經冠狀動脈攝影術證實】

☐瓣膜性心臟病，經心臟超音波檢查證實有【☐輕度、☐中度、☐中重度、☐重度】之瓣膜異常（狹窄或逆流）

☐經心臟超音波檢查證實有心肌疾病（擴大性、肥厚性、局限性）

☐經適當影像學檢查證實有【☐動脈瘤、☐主動脈剝離、☐非剝離性瘤直徑_____公分】

☐經心臟專科醫師診斷，評估與判定有相當程度心臟功能障礙之其他心臟血管疾病(名稱)_____

☐心臟移植（手術日期：_____年_____月_____日）

☐心室輔助器植入(手術日期：_____年_____月_____日)

☐其他_____

※心臟機能損害分類基準：

- ①第一度之心臟機能損害：有心臟病，無運動障礙，平常之活動下無疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛等症狀。
- ②第二度之心臟機能損害：有心臟病，且有輕度運動障礙，在休息或輕度工作時無症狀，日常生活較重之工作，則有疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛等症狀。
- ③第三度之心臟機能損害：有心臟病，且有重度運動障礙，休息時無症狀，稍有活動即有疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛等症狀。
- ④第四度之心臟機能損害：有心臟病，且無法活動者，在靜止狀態下仍有疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛等症狀，而活動時症狀加重。

（障礙部位及症狀勾填完畢後，請接續勾填第9頁 二、障礙詳況）

2. 肺臟：請附最近 3 個月之 X 光片及完整肺功能檢查報告（含吐氣流速容積曲線圖）

☐肺功能檢查結果：【檢查日期： 年 月 日】

FEV1： _____ %（第 1 秒分時肺活量） DLCO/VA： _____ %（氣體交換，肺彌散功能/受VA肺泡容量矯正）

FEV1/FVC： _____ %（用力呼氣 1 秒率） V02max： _____ ml/kg.min（最高耗氧量）

☐需氧氣或人工呼吸器維持生命，未予氧氣時，PaO2： _____ mmHg（動脈血氧分壓）

☐未予氧氣時，PaO2： _____ mmHg（動脈血氧分壓）

☐肺臟移植（手術日期： 年 月 日）

☐放射性肺炎兩葉以上

☐肺臟切除 【右側 ☐上葉（部分/全部） ☐中葉（部分/全部） ☐下葉（部分/全部） 、左側 ☐上葉（部分/全部） ☐下葉（部分/全部）】 ☐其他： _____

（手術日期： 年 月 日）

3. 肝臟：請附最近 3 個月之肝功能檢查報告（含超音波檢查）【檢查日期： 年 月 日】

(1) 符合 Child-Pugh 肝功能失代償指標分類 【☐A、☐B、☐C】級：

（請對照下表勾填各項目之指標分數）

總膽紅數 【☐ 1 分 ☐ 2 分 ☐ 3 分】

清白蛋白 【☐ 1 分 ☐ 2 分 ☐ 3 分】

腹水 【☐ 1 分 ☐ 2 分 ☐ 3 分】

肝腦病變 【☐ 1 分 ☐ 2 分 ☐ 3 分】

凝血酶原時間（比對照組延長秒數） 【☐ 1 分 ☐ 2 分 ☐ 3 分】

或國際標準比值(INR) 【☐ 1 分 ☐ 2 分 ☐ 3 分】

※Child-Pugh 肝功能失代償指標分項計分法：

項目 \ 計分	1 分	2 分	3 分
總膽紅數	< 2	2~3	> 3
血清白蛋白	> 3.5	3.0~3.5	< 3.0
腹水	無	少量容易控制	中量以上，不易控制
肝腦病變	無	第1或第2級	第3或第4級
凝血酶原時間（比對照組延長秒數） 或國際標準比值(INR)	< 4秒 < 1.7	4~6秒 1.7~2.3	> 6秒 > 2.3

A 級：6 分（含）以下； B 級：7~9 分； C 級：10 分（含）以上

(2) 【☐頑固難治性 ☐持續存在】之腹水 ☐無腹水

(3) 【☐二次(含)以上 ☐曾經】發生肝腦病變 ☐未曾發生肝腦病變

(4) ☐胃 ☐胃
☐食道 靜脈曲張破裂出血 ☐食道 靜脈瘤破裂出血
☐無 ☐無

(5) ☐合併門脈高壓且內視鏡證實：【☐胃 ☐食道】有靜脈瘤 ☐無靜脈瘤

(6) ☐肝臟移植（手術日期： 年 月 日）

（障礙部位及症狀勾填完畢後，請接續勾填第 9 頁 二、障礙詳況）

4. 胰臟：(手術日期： 年 月 日)

☐ 胰臟全切除

☐ 胰臟切除 _____ %， ☐ 是 ☐ 否 因胰臟部分切除致糖尿病或致原患糖尿病加重

5. 胃：(手術日期： 年 月 日)

☐ 胃全切除

☐ 胃切除 _____ %

6. 脾臟：(手術日期： 年 月 日)

☐ 脾臟全切除

7. 腎臟：(手術日期： 年 月 日)

☐ 左側 腎臟切除 ☐ 腎臟移植
☐ 右側

☐ 左側 腎臟完全喪失功能
☐ 右側

☐ 兩側腎臟無機能且須終身定期透析治療

初次接受透析治療(洗腎)日期： 年 月 日

8. 腸：(手術日期： 年 月 日)

☐ 大腸全切除

☐ 大腸切除 _____ %

☐ 小腸切除 _____ %， ☐ 有 ☐ 無 短腸症候群

9. 肛門：(手術日期： 年 月 日)

☐ 裝置永久性人工造瘻(人工肛門) ☐ 肛門括約肌不全致大便失禁 ☐ 裝置臨時性人工造瘻(人工肛門)

10. 膀胱：

<input type="checkbox"/> 膀胱切除	<input type="checkbox"/> 必須永久性自體表排尿	(手術日期： 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 裝置永久性人工膀胱		
<input type="checkbox"/> 膀胱機能完全喪失，必須永久性自體表排尿 (膀胱未切除，排尿及儲尿功能均喪失)		(手術日期： 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 膀胱喪失排尿功能，必須永久性自體表排尿		(手術日期： 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 膀胱萎縮容量僅存 50 毫升以下		<input type="checkbox"/> 其他：
<input type="checkbox"/> 膀胱括約肌變化致尿失禁		

11. 乳腺：(手術日期： 年 月 日)

☐ 雙側乳腺全部切除 ☐ 左側 乳腺全部切除 ☐ 左側 乳腺部份切除
☐ 右側

(障礙部位及症狀勾填完畢後，請接續勾填第 9 頁 二、障礙詳況)

12. 生殖器：(手術日期： 年 月 日)

☐左側

☐右側 睪丸喪失

☐陰莖大部分缺損或癍痕等畸形，致性行為不能

☐因放射線或化學治療致喪失機能

☐割除子宮

☐左側

☐右側 卵巢割除

☐左側

☐右側 輸卵管割除

☐因癍痕致陰道口狹窄，陰莖不可能插入，致性行為不能

☐骨盆環骨折引起骨盆內臟神經（勃起中樞神經）病變所致之陽萎

13. 腎上腺素：☐喪失兩側腎上腺，需要終身補充荷爾蒙

14. 骨盆：☐骨盆環骨折引起尿道外傷，導致嚴重尿道狹窄，無法以外科手術矯正，必須終身置放恥骨上膀胱造口

15. 其他非屬上開胸腹部臟器部位及症狀者：

二、障礙詳況（障礙部位及症狀勾填完畢後，請續勾填）

1. 意識狀態：☐正常

☐輕中度意識障礙

☐重度意識障礙

☐無意識狀態

2. 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

3. 呼吸狀態：☐正常

☐暫時需藉助氧器具

☐經常

☐長期須人工呼吸器輔助（☐是非侵襲式陽壓呼吸器）

4. 言語狀態：☐正常

☐言語不清與溝通能力受損

☐喪失言語與溝通能力

5. 起臥能力：☐起臥正常

☐臥床但可自行翻身

☐臥床且無法自行翻身

6. 攝食狀態：☐自行進食

☐暫時需人餵食

☐永久須

☐暫時鼻胃管灌食

☐永久

☐暫時性

☐永久性 胃（或腸）造瘻灌食

7. 惡性腫瘤：☐無

☐經治療後已達緩解

☐經治療後再復發

☐無法手術

☐已轉移（轉移部位及範圍：_____）

8. 行動能力：☐可自力行走

☐行動遲滯

☐須扶杖行走

☐自行操控輪椅代步

☐無法自行操控輪椅代步

☐完全無法行動

9. 農作能力：☐可從事正常農作

☐由醫學上可予證明，從事農作上確有明顯之阻害

☐終身僅能從事輕便農作

☐終身無法從事農作

10. 其他補充說明：

眼睛、耳、鼻障礙填表說明及障礙詳況

說明：請依障礙實況於☐打勾或加註文字說明；又每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效。

一、眼睛障礙：

1. 除「失明」外，須經治療1年以上，始得認定。但「白內障」須經手術，且須術後1年，始得認定。
2. 「視力」之測定，應用萬國式視力表以矯正後視力為準（請以大寫數字填寫），但矯正不能者，得以裸眼視力測定之。
3. 「失明」包括眼球喪失或摘出或僅能辨明暗或辨眼前1公尺以內手動或辨眼前5公分以內指數者（請填明若干公分可辨手動或指數）。
4. 申請視力、視野障礙者，須通過測盲(Malingering)檢查。
5. 眼球調節或運動障礙、眼瞼缺損或運動障礙等，請填寫於「肆、眼睛障礙」之「三、其他」欄位。

二、耳障礙：

1. 除耳廓缺損外，須經治療6個月以上，始得認定。
2. 聽覺障礙請敘明其係因何原因致聽力受損，並於第1頁治療經過欄載明有無經手術或藥物之積極性治療情形。

三、鼻障礙：

1. 除鼻部缺損外，須經治療6個月以上，始得認定。
2. 「鼻部缺損」，指鼻外部軟骨缺損二分之一以上者。
3. 「機能遺存顯著障礙」，指兩側鼻孔閉塞、鼻呼吸困難、不能矯治，或兩側嗅覺全失者。

肆、眼睛障礙：

一、視力障礙：※經測盲(Malingering)檢查結果：☐正常通過 ☐未通過

初診時視力				診斷障礙時視力			
未矯正		矯正後		未矯正		矯正後	
右		右		右		右	
左		左		左		左	

二、視野障礙：※經測盲(Malingering)檢查結果：☐正常通過 ☐未通過

☐右眼 減退至正常視野 _____%

【檢查日期：_____年_____月_____日】

☐左眼 _____%

註：請依最近3個月內以視神經及黃斑部為中心之眼底神經盤照片及全視野電腦閾值檢查報告（視野檢查之暗點採取絕對暗點為準）診斷，在晝光下，明白視標直徑一公分，以八方位視野角度測定。

三、其他：_____

伍、耳障礙：

一、聽覺障礙：

- ☐左耳：☐老化引起
☐傷病導致（傷病名稱：_____）
☐其他_____
- ☐右耳：☐老化引起
☐傷病導致（傷病名稱：_____）
☐其他_____

初診時平均閾值		診斷障礙時平均閾值	
左耳	分貝	左耳	分貝
右耳	分貝	右耳	分貝

※ 平均閾值，指精密聽力計檢查所得 500Hz、1kHz 和 2kHz 閾值的平均值。

二、其他：_____

陸、鼻障礙：

- ☐鼻部缺損 且 ☐兩側鼻孔閉塞、鼻呼吸困難、不能矯治
☐鼻未缺損 ☐兩側嗅覺全失

口障礙填表說明及障礙詳況

說明：請依障礙實況於☐打勾或加註文字說明；又每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效。

1. 咀嚼、吞嚥及言語機能障礙須經治療6個月以上，始得認定。但全喉切除所致之言語機能障礙，不在此限。
2. 咀嚼機能障礙，係專指由於牙齒損傷以外之原因（如頰、舌、軟硬口蓋、顎骨、下顎關節等之障礙）引起者。
3. 言語中樞損傷以外之言語機能障礙，係指非因牙齒損傷所引起之構音機能障礙、發聲機能障礙及綴音機能障礙等
4. 牙齒缺損之定義：包括缺、損二種症狀，「缺」係指牙齒完全脫落無殘根，且無法將原脫落牙齒再植入原齒槽骨內；「損」係指牙齒意外斷落牙冠二分之一以上者。

柒、口障礙：

一、咀嚼、吞嚥機能障礙：

（由上至下障礙程度依序為重至輕，請擇一勾選）

- ☐ 只能攝取流質食物，或完全無法由口進食
- ☐ 只能攝取粥、糊狀物、或類似之軟質食物
- ☐ 放射線或化學治療後，唾液減少，需佐以液體始能吞嚥

二、味覺障礙：

- ☐ 頭部外傷，顎骨周圍組織或舌之損傷引起味覺全失

三、言語機能障礙：

1. 構音機能障礙：

(1) 構音構造障礙

下列構成言語之4種構音構造中，有哪幾種不能構音：

- ☐ 唇 ☐ 舌 ☐ 顎部 ☐ 喉頭

(2) 語音障礙

下列構成言語之7種語音中，有哪幾種不能構音：

- ☐ 雙唇音 ☐ 唇齒音 ☐ 舌尖音 ☐ 舌根音
☐ 舌面音 ☐ 舌尖後音 ☐ 舌尖前音

2. ☐ 全喉切除

3. ☐ 構音、發聲或綴音機能遺存顯著障礙：如僅以言語表示，對方不能通曉其語意

4. 言語中樞損傷所致之失語症：

- ☐ 無法用言語或聲音與人溝通，表達或理解功能嚴重障礙

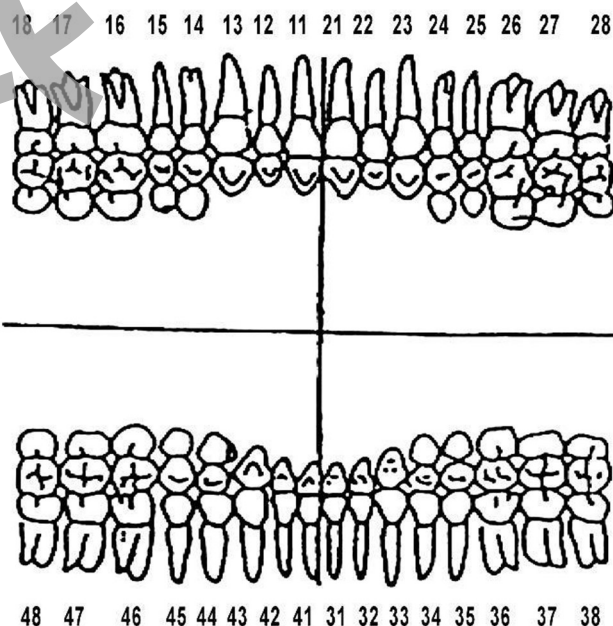
- ☐ 語言理解、表達、說話清晰度、流暢性或發聲有困難，表達或理解功能輕度障礙

四、牙齒障礙：以遭受意外傷害者為限

（請於右圖標示障礙部位）

- ☐ 意外傷害 ☐ 疾病造成

1. 原生牙齒完全脫落或拔除_____顆
2. 原生牙齒牙冠斷落二分之一以上之齒數
 _____顆（不含完全脫落或拔除者）



脊柱障礙填表說明及障礙詳況

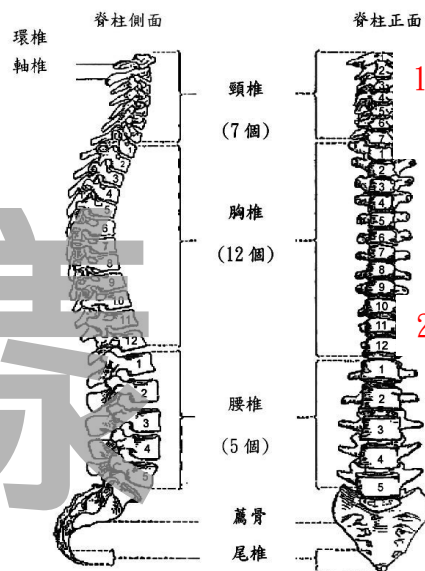
說明：

1. 請依障礙實況於☐打勾或加註文字說明；又每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效。
2. 本項障礙須經治療1年以上，始得認定；如經多次手術治療者，須最後一次手術術後1年以上，始可認定（拔釘除外）。但因惡性腫瘤所致，經醫師診斷已無好轉可能，無法期待其治療效果者，得治療6個月以上認定。

捌、軀幹障礙：

一、脊柱椎節固定之部位，請於右圖中標示畫出，並於下方欄位填明障礙詳況。並應檢附最近3個月內之正、側面X光照片（須打印被保險人姓名、身分證統一編號及拍攝日期）。

二、因脊髓壓迫而致四肢麻痺或有神經病變致肌力受損者，應檢附最近3個月內肌電圖、神經傳導檢查報告，並請於神經障礙詳況欄（第4、5頁）勾填。



一、脊柱運動障礙：

1. 經X光照片診斷 ☐有 明顯之 ☐骨折 ☐脫位 ☐_____病變
☐無
2. 脊柱自 ☐頸椎 第_____椎體至 ☐頸椎 第_____椎體共有 _____個椎節 ☐固定
☐胸椎 _____個椎體 ☐融合
☐腰椎 _____個椎間盤 ☐粘連
☐薦椎
3. 主要運動範圍可活動度數：
☐頸椎：屈曲(前屈)_____度，伸展(後屈)_____度，生理可運動範圍_____度
☐胸腰椎：屈曲(前屈)_____度，伸展(後屈)_____度，生理可運動範圍_____度
註：（頸椎屈曲活動度）+（頸椎伸展活動度）=頸椎生理可運動範圍
（胸腰椎屈曲活動度）+（胸腰椎伸展活動度）=胸腰椎生理可運動範圍

二、脊柱畸形：

1. ☐脊柱遺存「顯著」畸形：經X光照片檢查，穿著衣服，由外部可以察知者。
2. ☐脊柱遺存畸形：經X光照片診斷符合下列兩項情形之一者（請勾選）：
☐經手術切除棘狀突起三個以上。
或
☐明顯變形：指著衣時由外部不易察見，脫衣後或由X光照片可以明顯察知脊柱或脊椎之一部，確有因骨折或其他病變引起明顯變形（含缺損），請續勾填下列「明顯變形」之情形：
☐單節椎體因骨折導致椎體高度喪失百分之五十以上。
☐椎體滑脫百分之二十五以上（第二度以上）。
☐脊柱側彎三十度以上。
☐脊柱前傾(kyphosis)五十度以上。
3. ☐鎖骨、胸骨、肋骨、肩胛骨或骨盤骨遺存顯著畸形：脫衣後，由外部可以察知因骨折（含缺損）所致之明顯變形者。

頭、臉或頸障礙及身體皮膚排汗障礙填表說明及障礙詳況

說明：請依障礙實況於☐打勾或加註文字說明；又每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效。

一、頭、臉或頸障礙：

本項障礙須經治療1年以上，始得認定；如經手術，須最後一次手術術後1年以上，始得認定。

二、身體皮膚排汗障礙：

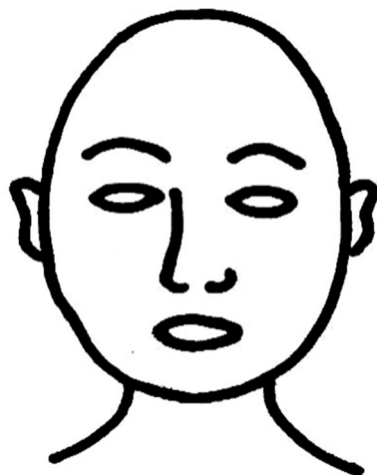
1. 本項障礙須於最後一次外科手術術後治療1年以上，始得認定；如未經手術者，須經治療1年以上，始得認定。
2. 身體皮膚排汗功能喪失者，係指外傷或燒燙傷或化學灼傷或手術的影響引起功能障礙，除頭、臉或頸部以外身體遺存肥厚性疤痕（含植皮供應之肥厚疤痕）或植皮後疤痕。

玖、頭、臉或頸部缺損：

請檢附治療1年以上，症狀固定後之4×6近距離彩色照片(附量尺及拍攝日期)，並於背面加註姓名及身分證統一編號。

- ☐ 頭部遺存達直徑8公分（約不含五指之手掌大）以上面積之疤痕
- ☐ 頸部、下頷部遺存達直徑8公分以上面積之疤痕
- ☐ 顏面部遺存 ☐ 直徑5公分（約雞卵大）以上面積之疤痕
- ☐ 8公分以上之線狀痕
- ☐ 不同部分之線狀痕合計達12公分以上
- ☐ 直徑3公分以上面積之組織凹陷

請醫師繪圖標示：



拾、身體皮膚排汗障礙：請檢附治療1年以上，症狀固定後之4×6彩色照片(附量尺及拍攝日期，並於背面加註姓名及身分證統一編號)為佐證，但由設有整形外科之地區教學醫院或燒燙傷病房醫院醫師開具診斷書者，得以圖畫說明替代照片。

1. 身體皮膚排汗功能喪失程度（不包括頭、臉或頸部之障礙面積）：喪失_____%。（障礙面積之計算，以一手掌面積約佔人體表面積1%為測量基準）

2. 身體皮膚排汗功能喪失61%(含)以上者：

☐ 終身僅能從事輕便農作

☐ 終身不能從事農作

☐ 無

3. 外科手術：

☐ 有，最後1次手術日期：

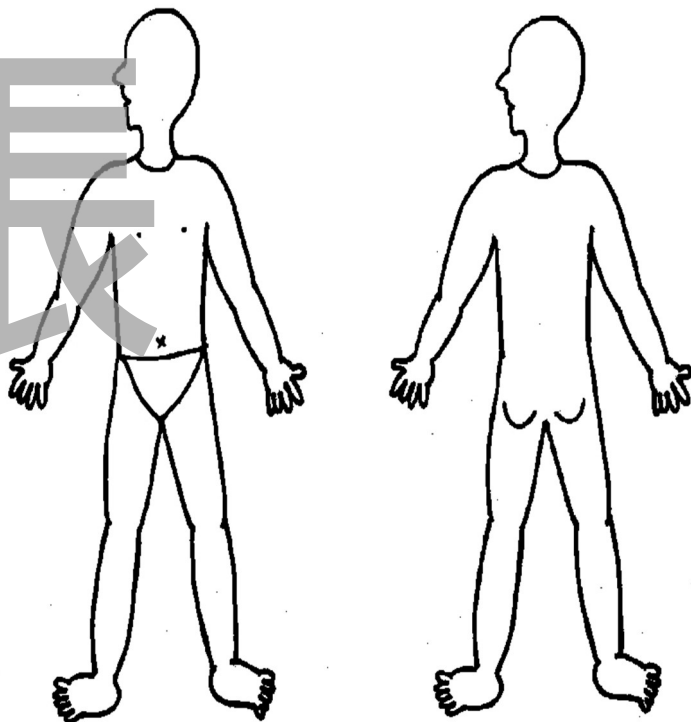
_____年_____月_____日

4. 本診斷書開具醫院為：

☐ 設有整形外科之地區教學醫院

☐ 設有燒燙傷病房醫院

☐ 以上皆否



上、下肢缺損或機能障礙填表說明及障礙詳況

說明：請依障礙實況於□打勾或加註文字說明；又每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效。

1. 肢體機能障礙須經治療1年以上，始得認定；如經手術，須最後一次手術術後1年以上，始得認定(拔釘除外)；請依障礙部位將主要活動範圍度數填寫於可活動範圍度數表內。
2. 類風濕關節炎、痛風等所致之關節障礙(含上、下肢及手指、足趾關節)，如關節間隙完整，無明顯關節面損傷或變形，經藥物治療可達緩解者，不在給付範圍；申請前述關節障礙者，須加附最近3個月內之X光片(須打印被保險人姓名、身分證字號及拍攝日期)及外觀照片(請於背面加註姓名及身分證字號)。
3. 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。

拾壹、上、下肢缺損障礙：

◎上、下肢缺損(截肢)者，請依據截肢術後

- ### 1. 上肢缺損（截肢）：

所拍攝之X光片，於下圖標示障礙部位：

- ☐左上肢 腕關節（含）以上截肢
☐右上肢

- ☐左上肢 肘關節（含）以上截肢
☐右上肢

- ## 2. 下肢缺損（截肢）：

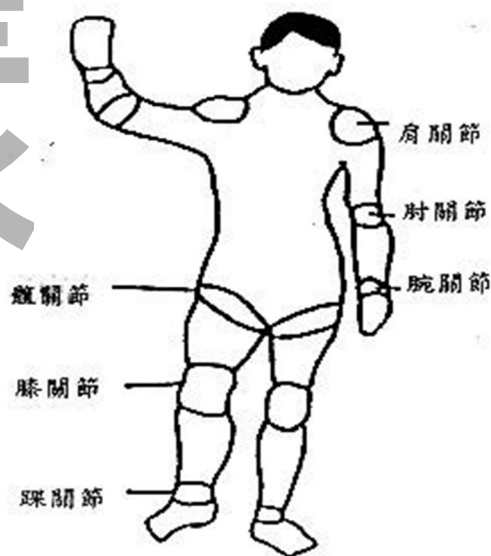
- ☐左下肢
☐右下肢
- 跗蹠關節（含）以上截肢

- ☐左下肢
☐右下肢
- 踝關節（含）以上截肢

- ☐左下肢
☐右下肢
- 膝關節（含）以上截肢

- ### 3. 縮短障礙（長短腳）：

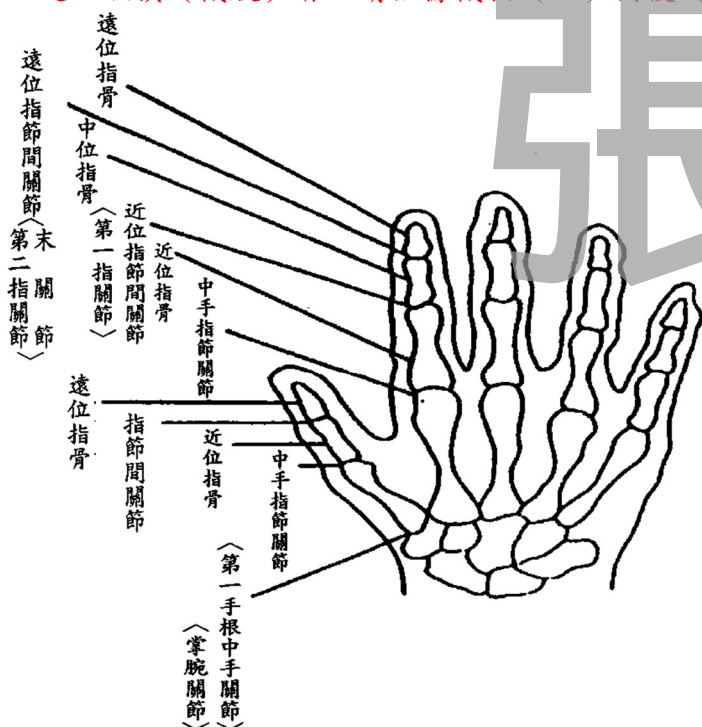
- ☐左下肢_____公分
- ☐右下肢_____公分



4. 手指、足趾缺損（截肢）者，請依據截指（趾）術後所拍攝之 X 光片，於下圖標示障礙部位：

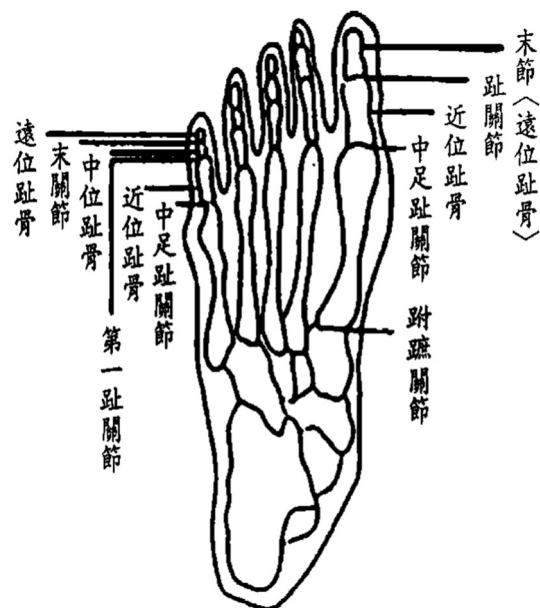
- 左手

- 右手



- ☐
- 左足

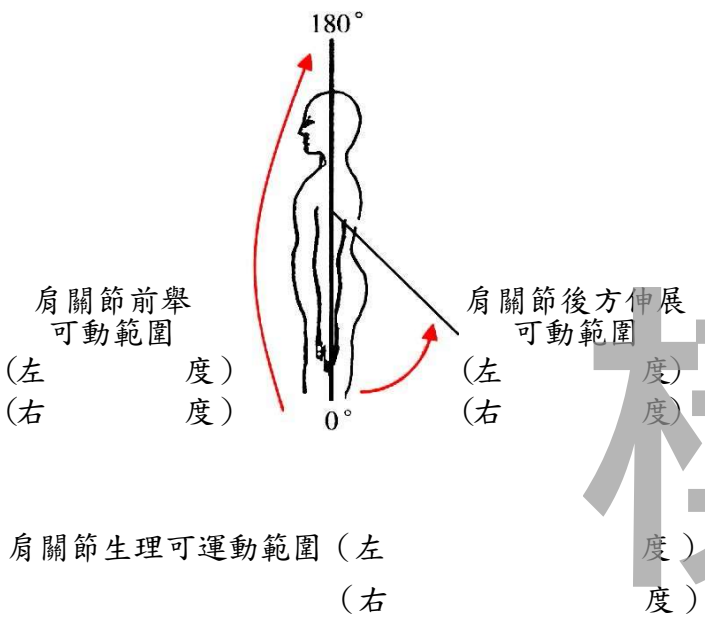
- 右足



拾貳、上肢各關節機能障礙：

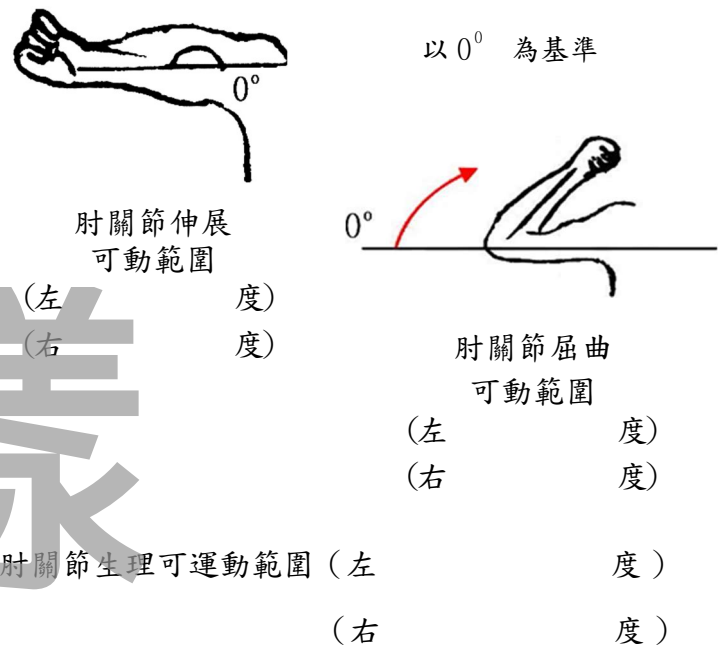
每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效

肩關節障礙



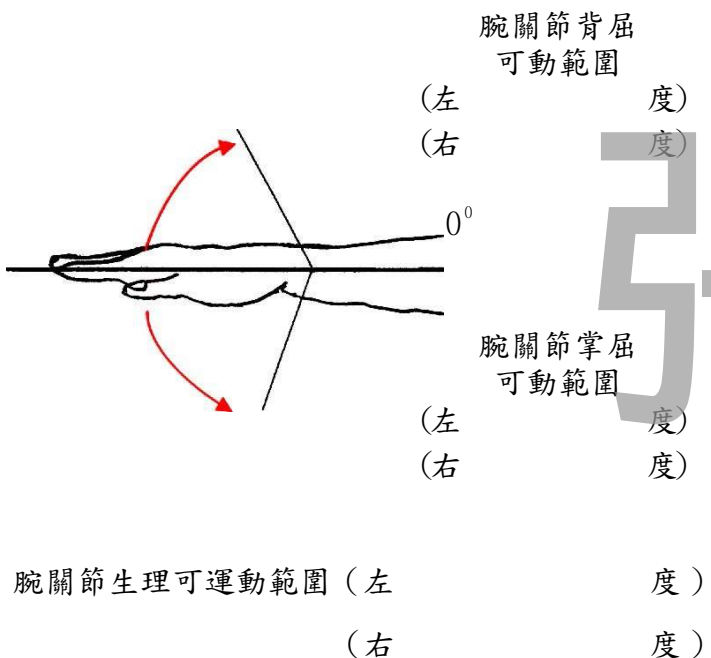
註：(肩關節前舉可動範圍) + (肩關節後方伸展可動範圍)
= 肩關節生理可運動範圍

肘關節障礙



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

腕關節障礙



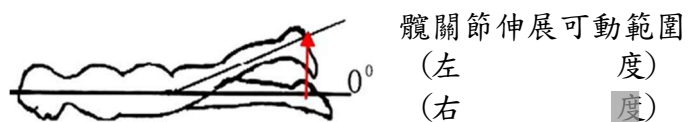
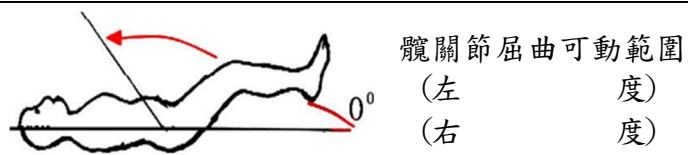
註：(腕關節背屈可動範圍) + (腕關節掌屈可動範圍)
= 腕關節生理可運動範圍

手指障礙(手指關節可活動度數表)

關節	中手指節關節		近位指節關節		遠位指節關節	
部位	左 (度)	右 (度)	左 (度)	右 (度)	左 (度)	右 (度)
拇指			指節間關節			
食指						
中指						
無名指						
小指						

拾叁、下肢各關節機能障礙：
每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效

髁關節障礙



髁關節生理可運動範圍 (左 度)
(右 度)

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

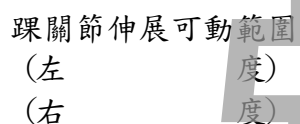
膝關節障礙



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

踝關節障礙



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

足趾障礙 (足趾關節可活動度數表)

關節	中足趾關節		第一趾關節		末關節	
部位	左 (度)	右 (度)	左 (度)	右 (度)	左 (度)	右 (度)
第一趾			趾關節		X	X
第二趾						
第三趾						
第四趾						
第五趾						

拾肆、其他障礙項目之障礙詳況：

樣

張

裝

訂

線

寄件者：□□□□□□

縣市

鄉（鎮）
市（區）

路（街） 段 巷 弄 號 樓之

廣 告 回 信

台 北 郵 局 登 記 證

台北廣字第 04678 號

【掛 號】

收件者：

勞動部勞工保險局 農民保險組 收

100232 臺北市中正區羅斯福路1段4號

【限醫療院所逕寄農民健康保險身心障礙診斷書使用】

對

折

線



申請保險給付，本局及投保農會均不收取任何費用，
請自行向投保農會辦理，以免委託他人代辦被抽取佣金。

電話：(02) 2396-1266 轉分機代表號2330

網址：<http://www.bli.gov.tw>

裝

訂

線