

臺北市需侵入性醫療(特殊)照護學生申請鑑定安置
所需醫療及生活照顧評估表

一、基本資料(家長填寫)

學生姓名		出生日期	____年____月____日	年齡		性別	
身高		體重		量測日期:____年____月____日			
目前就學階段	<input type="checkbox"/> 尚未入學 <input type="checkbox"/> 幼兒園 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職						
目前安置狀況	<input type="checkbox"/> 身心障礙分散式資源班 <input type="checkbox"/> 集中式特教班 <input type="checkbox"/> 特殊教育學校 <input type="checkbox"/> 在家教育巡迴輔導						
欲安置型態	<input type="checkbox"/> 中山國小 <input type="checkbox"/> 文山特教學校 <input type="checkbox"/> 臺北特教學校 <input type="checkbox"/> 在家教育巡迴輔導 <input type="checkbox"/> 學區國中，欲安置學區國中者，須經本市鑑輔會評估學生適合入校(園)就讀						
健保署核發之重大傷病證明或身心障礙證明			<input type="checkbox"/> 有(有效日期:_____) <input type="checkbox"/> 無				

二、醫療情形(家長填寫)

主要固定就醫醫療院所名稱	
診斷	
就醫頻率	<input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 2~3 月一次 <input type="checkbox"/> 半年一次 <input type="checkbox"/> 每年一次 <input type="checkbox"/> 其他(請敘明):_____
侵入式管線現況	<input type="checkbox"/> 氣切(尺寸:_____) <input type="checkbox"/> 抽痰(途徑: <input type="checkbox"/> 口腔、 <input type="checkbox"/> 鼻道、 <input type="checkbox"/> 氣切; 頻率:_____) <input type="checkbox"/> 導尿管(尺寸:_____頻率:_____) <input type="checkbox"/> 鼻胃管(尺寸:_____固定位置:_____) <input type="checkbox"/> 胃造瘻(尺寸:_____固定位置:_____) <input type="checkbox"/> 其他(請敘明):_____

三、生活照護與適應(家長填寫)

主要照顧者	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 看護工 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請敘明)
行動能力	<input type="checkbox"/> 能自行移動 <input type="checkbox"/> 使用輔具移動(如輪椅、助行器) <input type="checkbox"/> 部分協助移動 <input type="checkbox"/> 完全協助移動
溝通方式(可複選)	<input type="checkbox"/> 口語 <input type="checkbox"/> 圖卡 <input type="checkbox"/> 輔具(如溝通板) <input type="checkbox"/> 動作(如手語或指認) <input type="checkbox"/> 聲音 <input type="checkbox"/> 眼神 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請敘明)
飲食需求	<input type="checkbox"/> 能自己進食 <input type="checkbox"/> 需餵食 <input type="checkbox"/> 管灌(灌食量:_____) <input type="checkbox"/> 其他_____ (請敘明)
食物調理方式	<input type="checkbox"/> 固體 <input type="checkbox"/> 半固體(如食物需剪碎) <input type="checkbox"/> 流質 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請敘明)

進食頻率及所需時間	
食物禁忌	
如廁衛生	<u>小便</u> <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 部分需要協助 <input type="checkbox"/> 完全需要協助
	<u>大便</u> <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 部分需要協助 <input type="checkbox"/> 完全需要協助
	是否有以下需求 <input type="checkbox"/> 尿布 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 膀胱造瘻
	<u>洗臉</u> <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 部分需要協助 <input type="checkbox"/> 完全需要協助
	<u>洗手</u> <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 部分需要協助 <input type="checkbox"/> 完全需要協助
	<u>刷牙</u> <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 部分需要協助 <input type="checkbox"/> 完全需要協助

四、家長認為照護孩子過程中困難及注意事項

五、學生醫療情形檢核及生活照顧相關建議(由市府醫療評估單位填寫，家長無須填寫)

☐經評估，建議安置侵入性醫療重點學校，以確保學生入校(園)安全。
☐經評估，學生醫療照護需求，入校(園)具高度風險，暫不宜返校。
 建請在家或機構養(照)護(學前、高中職)或申請在家教育(國小、國中)
☐經評估，學生狀況尚穩定，惟入校(園)仍應加強注意其身體(生理)發展狀況

簽名欄

法定代理人(父母或監護人): _____、_____
 (若為共同監護皆須簽名)

市府醫療評估人員: _____