

# 公 教 人 員 保 險

## 失 能 證 明 書

病歷號碼 \_\_\_\_\_

◎請先詳閱背面之應注意事項及本保險失能給付標準附表後，始出具本證明書並填註病情詳況。

被保險人姓名		性 別		出 生 日 期			
身 分 證 統 一 編 號		服 務 機 關 名 稱					
通 訊 地 址				聯 絡 電 話			
疾 病 或 意 外 傷 害 發 生 之	時 間		地 點		原 因		

本醫院治療紀錄 (病人病情尚未穩定或已於彌留狀態，請勿循其要求開立本證明書)		失 能 部 位	
疾 病 或 意 外 傷 害 名 稱		失 能 症 狀 是 否 固 定 且 治 療 終 止	
初 診 日 期	年 月 日	失 能 情 形 是 否 其 他 治 療 方 法 可 以 改 善	
住 院 日 期	年 月 日 至 年 月 日	經 鑑 定 符 合 公 教 人 員 保 險 失 能 給 付 標 準 附 表	失 能 ， 編 號 ： 第 號
手 術 日 期	年 月 日	確 定 永 久 失 能 日 期	年 月 日
傷 口 癒 合 日 期	年 月 日	其 他 醫 院 治 療 經 過 及 其 他 既 往 症 狀	
門 診 日 期	年 月 日 至 年 月 日		
復 健 日 期	年 月 日 至 年 月 日		
治 療 經 過			

失能部位之詳細圖解與標示	<p>本證明書所列失能症狀經本醫師親自診斷，特此證明</p> <p>主治醫師 _____ 簽章</p> <p>專科醫師證書號碼 _____</p> <p>科 別 _____</p> <p>院 長 _____ 簽章</p> <p>中央衛生主管機關評鑑合格醫院名稱及字號</p> <p>評鑑合格字號 _____</p> <p>醫院名稱 _____ 印信</p> <p>中華民國 年 月 日</p>
--------------	--

## 出具公教人員保險失能證明書注意事項

- 一、本失能證明書必須由中央衛生主管機關評鑑合格之醫院出具。
- 二、本失能證明書各欄應由主治醫師填註。
- 三、本失能證明書，必須被保險人「確定永久失能」，始予出具。至於所稱「確定永久失能」係指被保險人罹患之傷病經治療後，症狀固定，再行治療仍無法改善，且失能情形符合公教人員保險(以下簡稱公保)失能給付標準附表之規定，不能復原的情形。
- 四、有關確定永久失能日期之填載，請依下列規定辦理：
  - (一) 手術切除器官，存活1個月以上者，以該手術日期為準。
  - (二) 醫療或手術後，仍需施行復健治療者，經復健治療期滿6個月仍無法改善時以復健治療期滿6個月之翌日為準；其他需經治療觀察始能確定失能者，主治醫師需敘明理由，經治療觀察期滿6個月仍無法改善時，以治療觀察期滿6個月之翌日為準。
  - (三) 公保失能給付標準附表已定有治療或觀察期限者，達治療或觀察規定期限仍無法改善時，以治療或觀察規定期限之翌日為準。
  - (四) 公保失能給付標準附表定有須經治療或觀察期而未規定期限者，依公教人員保險法(以下簡稱公保法)第15條第2款規定，經6個月治療或觀察期限，仍無法改善時，即屬醫治終止。是以，確定永久失能日以6個月治療或觀察規定期限之翌日為準。
  - (五) 公保失能給付標準附表未定有治療或觀察期限者，以其失能狀態達公保失能給付標準附表規定標準時，即屬達醫治終止之情形。是以，確定永久失能日以達公保失能給付標準附表規定標準時之翌日為準。
- 五、手術切除器官者，須存活期滿1個月以上，始可請領失能給付。被保險人確定永久失能日係於死亡前1個月內，或彌留狀態期間，所出具之失能證明書，不得據以請領失能給付。
- 六、公保失能給付標準附表所稱以下或以上者，均含本數；表內附註欄所用名詞之定義，適用於表內相同用語。
- 七、被保險人之永久失能應與其所受傷害或罹患疾病有相當因果關係。
- 八、本失能證明書如有虛偽不實之記載，填寫人將觸犯中華民國刑法偽造文書罪。
- 九、本失能證明書須經承保機關(臺灣銀行股份有限公司公教保險部)查核與公保法規相符後始為有效。

# 公教人員保險被保險人授權查詢病歷資料同意書

(本授權書請被保險人或其法定代理人填寫並簽名蓋章)

為請領\_\_\_\_\_ (被保險人) 公教人員保險失能給付之需要，本人\_\_\_\_\_ (被保險人或其法定代理人) 同意授權臺灣銀行股份有限公司公教保險部(以下簡稱臺灣銀行公保部)，向各醫院及各診所查詢\_\_\_\_\_ (被保險人) 之病歷資料，並請依臺灣銀行公保部之需求提供相關資料。

被保險人姓名：

身分證統一編號：

出生日期： 年 月 日

聯絡地址：

聯絡電話：

立同意書人： (簽名或蓋章)  
(被保險人或法定代理人)

立同意書人與被保險人之關係：

中 華 民 國 年 月 日



### 失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)
一、 眼	全失能	1-1	雙目缺。	1.「視力」之測定，根據萬國視力檢查表之規定，以矯正後視力為準。 2.「眼瞼缺損」係指閉瞼時不能完全覆蓋角膜之程度。 3.「機能障礙」係指運動障礙，開瞼時瞳孔範圍全覆或閉瞼時不能完全覆蓋角膜者。 4.視野檢查以H30-2程式檢查為準，H30-2係指Humphrey視野計中心30度程式檢查。 5.視野平均敏感度喪失之鑑定，須附有每眼以視神經和黃斑部為中心之眼底照片各一張。	初診時： 視力： 未矯正：右_____；左_____ 矯正後：右_____；左_____ 視野平均敏感度喪失： 右_____DB；左_____DB <input type="checkbox"/> 視野檢查以H30-2程式檢查為準。  確定永久失能時： 視力： 未矯正：右_____；左_____ 矯正後：右_____；左_____ 視野平均敏感度喪失： 右_____DB；左_____DB <input type="checkbox"/> 視野檢查以H30-2程式檢查為準， 檢附眼底照片_____張。  <input type="checkbox"/> 眼球內容物剷除： <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 一目或雙目眼瞼閉瞼時不能完全覆蓋角膜。 <input type="checkbox"/> 一目或雙目眼瞼痙攣。 <input type="checkbox"/> 一目或雙目開瞼時瞳孔範圍全覆。
		1-2	雙目視力均減退至○·○五以下，經治療三個月無效者。		
		1-3	雙目視野平均敏感度喪失均大於或等於三十DB，且雙目視力均在○·一以下，經治療三個月無效者。		
	半失能	1-4	一目缺。		
		1-5	一目視力減退至○·○五以下，經治療三個月無效者。		
		1-6	雙目視力均減退至○·四以下，經治療六個月無效者。		
		1-7	雙目視野平均敏感度喪失均大於或等於二十DB，且雙目視力均在○·六以下，經治療六個月無效者。		
	部分失能	1-8	雙目視力均減退至○·六以下，經治療六個月無效者。		
		1-9	一目或雙目眼瞼缺損或痙攣，有機能障礙，經治療六個月仍無法矯治者。		



### 失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)	
四、胸腹部臟器	心臟	全失能	4-1	慢性心臟病，且有多次心臟衰竭，經治療六個月，仍遺留第四度心臟功能損害，終身無工作能力者。	1. 心臟功能損害分類標準(美國醫學會制定)： 第三度：有心臟病，且有重度行動障礙，休息時無症狀，但稍有活動即氣喘心悸，或胸痛症狀，不能從事任何操作勞動者。 第四度：有心臟病且無法活動，在靜止狀態下，亦有心臟衰竭症狀者。	<input type="checkbox"/> 慢性心臟病，且有多次心臟衰竭，經治療六個月，仍遺留第四度心臟功能損害。 <input type="checkbox"/> 嚴重心律不整(復發性心室性頻脈及持續性房室傳導阻斷等)，合併多發性昏厥及第四度心臟功能損害，經治療六個月無效。 <input type="checkbox"/> 惡性高血壓，且眼底有第四度高血壓病變，經治療六個月無效。 <input type="checkbox"/> 工作能力： <input type="checkbox"/> 終身無工作能力 <input type="checkbox"/> 有礙工作 <input type="checkbox"/> 可以正常工作 <input type="checkbox"/> 慢性心臟病有多次心臟衰竭，經連續治療六個月後，遺留第三度心臟功能損害。 <input type="checkbox"/> 心臟移植後經治療六個月，仍遺留第三度心臟功能損害。 <input type="checkbox"/> 其他(請詳述於本證明書首頁圖解欄，並附心電圖影本、心臟超音波正本及報告)。
			4-2	嚴重心律不整(復發性心室性頻脈及持續性房室傳導阻斷等)合併多發性昏厥及第四度心臟功能損害，經治療六個月無效，終身無工作能力者。		
4-3	惡性高血壓，且眼底有第四度高血壓病變，經治療六個月無效者。					
四、胸腹部臟器	心臟	半失能	4-4	慢性心臟病，且有多次心臟衰竭，經連續治療六個月，仍有下列情形之一者： (一)遺留第三度心臟功能損害。 (二)心臟移植者，須經治療六個月後，仍遺留第三度心臟功能損害。	2. 第三度心臟功能損害之可逆性甚高，故病患必需連續治療六個月而無改善者，可視為半失能。	<input type="checkbox"/> 需氧氣或人工呼吸器以維持生命。 <input type="checkbox"/> 連續三個月以上治療仍未改善。 (*須附人工呼吸器或氧氣使用紀錄)。 <input type="checkbox"/> 慢性穩定狀況，未給予額外氧氣呼吸，動脈血氧PaO <sub>2</sub> 為：_____mmHg。 <input type="checkbox"/> 連續三個月以上治療仍未改善。 <input type="checkbox"/> 工作能力： <input type="checkbox"/> 終身無工作能力 <input type="checkbox"/> 有礙工作 <input type="checkbox"/> 可以正常工作
		心臟	全失能	4-5		

### 失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)	
四、 胸腹部 臟器	肺臟	半失能	4-6	<p>肺功能損害，有下列情形之一者：</p> <p>(一)肺臟疾病經六個月以上治療或肺臟移植者經六個月以上治療，肺功能仍未改善，且日常生活高度依賴他人照顧而有下列情形之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. FEV1低於(或等於)正常值百分之二十五。</li> <li>2. 肺活量低於(或等於)正常值百分之四十。</li> <li>3. FEV1/FVC之比率低於(或等於)百分之三十五。</li> <li>4. 氣體交換低於(或等於)正常值百分之二十五。</li> </ol> <p>(二)肺臟切除一側或以上，且肺功能經治療後，仍未改善；此外，日常生活高度依賴他人照顧者。</p> <p>(三)因呼吸系統疾病所致肺功能障礙，施行永久性氣切，且未予氧氣時，動脈血氧PaO2高於50mmHg而低於(或等於)60mmHg，經三個月治療仍未改善，日常生活高度依賴他人照顧者。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 肺功能障礙，係指由呼吸系統疾病引發且經治療三個月以上，無法改進之慢性障礙者。</li> <li>2. FEV1係第一秒用力呼氣量。</li> <li>3. 肺活量係指 Vital Capacity之意。</li> <li>4. FVC係指用力吐氣之肺活量。</li> <li>5. 氣體交換係指一氧化碳在血液與肺泡氣間之瀰散量。</li> </ol>	<input type="checkbox"/> 經過六個月以上治療，肺功能仍未改善： <input type="checkbox"/> 肺臟疾病 <input type="checkbox"/> 肺臟移植後  <input type="checkbox"/> 肺臟切除： <input type="checkbox"/> 切除一側或以上，且經治療，肺功能仍未改善。 <input type="checkbox"/> 切除兩葉或以上未達一側肺，且經治療，肺功能仍未改善。  <input type="checkbox"/> 日常生活依賴他人照顧： <input type="checkbox"/> 高度依賴 <input type="checkbox"/> 部分依賴  <input type="checkbox"/> 肺功能結果： 檢查日期：    年    月    日 FEV1為正常值_____％ 肺活量為正常值_____％ FEV1/FVC比率為_____％ 氣體交換為正常值_____％  <input type="checkbox"/> 施行永久性氣切，且未予氧氣時，動脈血氧PaO2為：_____mmHg。



### 失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)
四、 胸腹部 臟器	肺臟 部分失能	4-7	<p>肺功能損害，有下列情形之一者：</p> <p>(一) 肺臟疾病經六個月以上治療或肺臟移植者經六個月以上治療，肺功能仍未改善，且日常生活部分依賴他人照顧而有下列情形之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. FEV1高於正常值百分之二十五且低於(或等於)正常值百分之三十。</li> <li>2. 肺活量高於正常值百分之四十且低於(或等於)正常值百分之四十五。</li> <li>3. FEV1/FVC之比率高於百分之三十五且低於(或等於)百分之四十。</li> <li>4. 氣體交換高於正常值百分之二十五而低於(或等於)正常值百分之三十。</li> </ol> <p>(二) 肺臟切除兩葉或以上而未達一側肺，且肺功能經治療後，仍未改善；此外，日常生活部分依賴他人照顧者。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 肺功能障礙，係指由呼吸系統疾病引發且經治療三個月以上，無法改進之慢性障礙者。</li> <li>2. FEV1係第一秒用力呼氣量。</li> <li>3. 肺活量係指 Vital Capacity之意。</li> <li>4. FVC係指用力吐氣之肺活量。</li> <li>5. 氣體交換係指一氧化碳在血液與肺泡氣間之瀰散量。</li> </ol>	<input type="checkbox"/> 經過六個月以上治療，肺功能仍未改善： <input type="checkbox"/> 肺臟疾病 <input type="checkbox"/> 肺臟移植後  <input type="checkbox"/> 肺臟切除： <input type="checkbox"/> 切除一側或以上，且經治療，肺功能仍未改善。 <input type="checkbox"/> 切除兩葉或以上未達一側肺，且經治療，肺功能仍未改善。  <input type="checkbox"/> 日常生活依賴他人照顧： <input type="checkbox"/> 高度依賴 <input type="checkbox"/> 部分依賴  <input type="checkbox"/> 肺功能結果： 檢查日期：    年    月    日 FEV1為正常值_____％ 肺活量為正常值_____％ FEV1/FVC比率為_____％ 氣體交換為正常值_____％

### 失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)	
四、 胸腹部 臟器		全失能	4-8	<p>肝臟機能障礙，致肝臟代償力喪失，且經治療六個月以上，仍無法改善，進而致病情持續，終身無工作能力者。</p>	<p>1. 「病情持續」係指經連續治療六個月以上，病情呈現穩定狀態且無法改善。</p> <p>2. 肝臟代償力喪失之認定標準包括下列各項：</p> <p>(1) 血中總膽紅素值大於2mg%。</p> <p>(2) 凝血酶時間延長期間大於或等於六秒。</p> <p>(3) 發生肝性腦病變。</p> <p>(4) 食道或胃靜脈曲張出血。</p> <p>(5) 大量腹水或腹膜炎。其中第(1)及第(2)項需持續存在；第(3)、(4)及(5)項可不定時出現。</p> <p>3. 肝臟代償力失常，指同時存在下列情形者：</p>	<p><input type="checkbox"/> 血中總膽紅素_____mg% (檢驗標準值：_____) 上述數值是否連續六個月以上：_____ (期間：年 月 日至 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 凝血酶時間延長期間_____秒 (檢驗標準值：_____) 上述數值是否連續六個月以上：_____ (期間：年 月 日至 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 已發生肝性腦病變</p> <p><input type="checkbox"/> 食道或胃靜脈曲張出血</p> <p><input type="checkbox"/> 食道或胃靜脈曲張</p> <p><input type="checkbox"/> 大量腹水</p> <p><input type="checkbox"/> 腹膜炎</p> <p><input type="checkbox"/> 工作能力： <input type="checkbox"/> 終身無工作能力 <input type="checkbox"/> 有礙工作 <input type="checkbox"/> 可以正常工作</p> <p><input type="checkbox"/> 其他(請詳述) _____</p>
		半失能	4-9	<p>肝臟機能障礙，致肝臟代償力失常，且經治療六個月以上，仍無法改善，而病情持續者。</p>	<p>(1) 血中總膽紅素值異常升高，但小於或等於2mg%。</p> <p>(2) 凝血酶時間延長，惟其延長期間小於六秒。</p> <p>(3) 經檢查證實有食道或胃靜脈曲張。</p>	<p><input type="checkbox"/> 血中總膽紅素_____mg% (檢驗標準值：_____) 上述數值是否連續六個月以上：_____ (期間：年 月 日至 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 凝血酶時間延長期間_____秒 (檢驗標準值：_____) 上述數值是否連續六個月以上：_____ (期間：年 月 日至 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 已發生肝性腦病變</p> <p><input type="checkbox"/> 食道或胃靜脈曲張出血</p> <p><input type="checkbox"/> 食道或胃靜脈曲張</p> <p><input type="checkbox"/> 大量腹水</p> <p><input type="checkbox"/> 腹膜炎</p> <p><input type="checkbox"/> 工作能力： <input type="checkbox"/> 終身無工作能力 <input type="checkbox"/> 有礙工作 <input type="checkbox"/> 可以正常工作</p> <p><input type="checkbox"/> 其他(請詳述) _____</p>

### 失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)
四、 胰臟 胸腹部臟器	全失能	4-10	胰臟全部切除者。	1. 「糖尿病」係指下列情形之一者： (1) 空腹血糖 $\geq 126$ mg/dl。 (2) 口服耐糖試驗，口服75g葡萄糖二小時後，血糖 $\geq 200$ mg/dl。 (3) 有典型糖尿病症狀，隨機血糖 $\geq 200$ mg/dl。 (4) 糖化血色素(HbA1C) $\geq 6.5\%$ 。  2. 「原患糖尿病加重」係指進行昇糖素刺激試驗(glucagons test)，給予靜脈注射1 mg的昇糖素，於之前及之後六分鐘測定C胜肽(c-peptide)的量，如果上升未超過1.8ng/ml，表示患者體內胰島素分泌低下，及病情加重。	<input type="checkbox"/> 胰臟全部切除  胰臟部分切除前： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無原患糖尿病。 <input type="checkbox"/> 空腹血糖：_____ mg/dl。 <input type="checkbox"/> 口服耐糖試驗，口服75g葡萄糖二小時後，血糖_____ mg/dl。 <input type="checkbox"/> 有典型糖尿病症狀，隨機血糖_____ mg/dl。 <input type="checkbox"/> 糖化血色素(HbA1C) _____%。  胰臟部分切除六個月後： <input type="checkbox"/> 空腹血糖：_____ mg/dl。 <input type="checkbox"/> 口服耐糖試驗，口服75g葡萄糖二小時後，血糖_____ mg/dl。 <input type="checkbox"/> 有典型糖尿病症狀，隨機血糖_____ mg/dl。 <input type="checkbox"/> 糖化血色素(HbA1C) _____%。 <input type="checkbox"/> 昇糖素刺激試驗(glucagons test)： 前6分鐘測定C胜肽(c-peptide)的量 _____ ng/ml。 後6分鐘測定C胜肽(c-peptide)的量 _____ ng/ml。
	部分失能	4-11	胰臟部分切除，致糖尿病或原患糖尿病加重，且自手術切除起六個月以上，仍未改善者。		<input type="checkbox"/> 全部切除（次全切除及部分切除者不得請領）
胃	半失能	4-12	胃全部切除者。		<input type="checkbox"/> 全部切除（次全切除及部分切除者不得請領）

失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)
四、 胸腹部 臟器	腎臟	半失能	4-13 慢性腎臟病或腎臟泌尿道手術，導致末期腎臟病變而有下列情形之一者： (一)肌酸酐廓清試驗每分鐘在五公撮以下，經治療四個月並連續檢查無進步。 (二)須長期接受透析治療(洗腎)。	1. 肌酸酐廓清試驗採現行腎功能衰竭之指標，並以需洗腎者之標準為準。 2. 本項洗腎者永久失能日期採用開始透析之日期為準。 3. 一側腎臟無功能或切除，若另一側腎功能檢查未達腎功能異常情形，不在給付範圍。	<input type="checkbox"/> 須長期接受透析治療(洗腎) 開始洗腎日期： 年 月 日。 <input type="checkbox"/> 肌酸酐廓清試驗(每分鐘)：檢查日期(須連續四個月) 1. 年 月 日 結果：_____ ml/min。 2. 年 月 日 結果：_____ ml/min。 3. 年 月 日 結果：_____ ml/min。 4. 年 月 日 結果：_____ ml/min。 *檢查方式： _____
		部分失能	4-14 一側腎臟無功能或切除，且另一側腎臟因病變，併有下列腎功能異常情形者： (一)血中肌酸酐值大於2.0mg/dl且肌酸酐廓清率小於40ml/min。 (二)經三個月後腎功能再追蹤檢查一次仍達上述標準。	<input type="checkbox"/> 已無功能之腎臟： <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 原因： <input type="checkbox"/> 切除 <input type="checkbox"/> 病變  <input type="checkbox"/> 另一側腎有功能異常： <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 檢查日期： 年 月 日 血中肌酸酐值為：_____ mg/dl 肌酸酐廓清率：_____ ml/min (*檢查方式： ) *三個月後檢查日期： 年 月 日 血中肌酸酐值為：_____ mg/dl 肌酸酐廓清率：_____ ml/min	

### 失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)	
四、 胸腹部 臟器	腸	全失能	4-15	因醫療目的，大腸或小腸大量切除，且自手術切除起六個月內，體重均無法保持而逐漸下降，致終身無工作能力而日常生活完全依賴他人照顧者。	1. 大腸包括結腸及直腸。 2. 「大量切除」係指須大腸切除三分之二以上，或小腸切除一半以上，或大小腸合併切除一半以上。 3. 體重均無法保持而逐漸下降係指手術切除起六個月內體重逐漸下降並無上升紀錄。 4. 排便次數過於頻繁係指每天排便次數超過六次。 5. 營養失衡係指血清白蛋白少於2.8g/dl或血清運鐵蛋白少於150mg/dl。	<input type="checkbox"/> 大腸（包括結腸及直腸）切除三分之二以上。 <input type="checkbox"/> 小腸切除一半以上。 <input type="checkbox"/> 大小腸合併切除一半以上。 (*上述切除範圍須附手術紀錄) <input type="checkbox"/> 手術切除起連續六個月體重： 日期_____：_____公斤 日期_____：_____公斤 日期_____：_____公斤 日期_____：_____公斤 日期_____：_____公斤 日期_____：_____公斤
		半失能	4-16	因醫療目的，大腸或小腸大量切除，且自手術切除起六個月內，經藥物治療後，排便次數均仍過於頻繁，造成肛門皮膚糜爛，合併營養失衡，致嚴重影響日常生活及工作。	<input type="checkbox"/> 工作能力： <input type="checkbox"/> 終身無工作能力 <input type="checkbox"/> 嚴重影響工作 <input type="checkbox"/> 有礙工作 <input type="checkbox"/> 可以正常工作 <input type="checkbox"/> 日常生活： <input type="checkbox"/> 完全依賴他人照顧 <input type="checkbox"/> 不須他人照顧 <input type="checkbox"/> 嚴重影響日常生活 <input type="checkbox"/> 手術切除起六個月內，經藥物治療後，排便次數均仍過於頻繁（每天排便次數須超過六次）。 <input type="checkbox"/> 營養失衡指數： 血清白蛋白 _____g/dl 血清運鐵蛋白 _____mg/dl <input type="checkbox"/> 肛門皮膚糜爛。 <input type="checkbox"/> 肛門功能喪失，施行永久性人工肛門手術。	
		半失能	4-17	肛門功能喪失，施行永久性人工肛門手術者。	<input type="checkbox"/> 肛門功能喪失，施行永久性人工肛門手術。	

### 失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)
四、 胸腹部 臟器	膀胱	半失能	膀胱疾病，有下列情形之一者： (一)膀胱全部切除。 (二)設置永久性排尿之人工膀胱或人工造瘻裝置。		<input type="checkbox"/> 膀胱全部切除。 <input type="checkbox"/> 設置永久性排尿之人工膀胱。 <input type="checkbox"/> 設置永久性排尿之人工造瘻裝置。
	生殖	部分失能	4-19  男性原有生殖能力，因傷病醫療而有下列情形之一，致終身喪失生殖能力者： (一)全部切除或喪失陰莖。 (二)摘除或喪失兩側睪丸。 (三)因癌症接受放射或化學治療，致喪失生殖能力。	1. 男性「全部切除或喪失陰莖」或「因癌症接受放射或化學治療」致喪失生殖能力者，須經精蟲檢查判定之。 2. 施以避孕手術，如輸卵管結紮等，在未施以該手術前原有生殖能力者，視為尚有生殖能力。 3. 對不當及預防性子宮切除不予失能給付。	<input type="checkbox"/> 手術切除器官： 切除（或喪失）之部位： 男性： <input type="checkbox"/> 陰莖全部 <input type="checkbox"/> 兩側睪丸 女性： <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 兩側卵巢  <input type="checkbox"/> 因癌症經放射或化學治療，致喪失生殖能力： 部位：_____ 放射劑量：_____ 化學治療劑量：_____ <input type="checkbox"/> 檢查日期：_____年____月____日 FSH值為：_____ ng/dl  <input type="checkbox"/> 6個月後檢查日期：_____年____月____日 FSH值為：_____ ng/dl
	乳房	部分失能	4-20  女性年齡未滿四十五歲，原有生殖能力因傷病醫療而有下列情形之一，致終身喪失生殖能力者： (一)子宮割除。 (二)兩側卵巢割除。 (三)因癌症接受放射或化學治療致卵巢喪失製造卵子功能。	4. 女性接受放射或化學治療者，須於完成治療後，經兩次血液檢查(FSH>40 ng/dl)，兩次血液檢查需間隔六個月，且各次之檢查值，均應達上述檢查值者，方可給付。	
		4-21	一側以上乳房之乳腺全部切除者。	兩側乳腺同時或先後切除者，其合計給付數額，最高以一次部分失能給付金額為限。	<input type="checkbox"/> 切除部位： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 切除範圍： <input type="checkbox"/> 乳腺全部切除 <input type="checkbox"/> 乳腺部分切除(不得請領)

### 失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)
五、精神	全失能	5-1	因精神障礙，呈現極嚴重智能減退，且認知功能、職業功能、社交功能、日常生活功能退化，需完全仰賴他人養護或需密切監護者，經積極精神治療兩年以上，終身無工作能力，且日常生活完全依賴他人照顧者。	1. 精神障礙及智能減退程度須由精神專科醫師鑑定之。 2. 因腦疾病、創傷或失智症所致智能減退、認知功能、職業功能、社交功能、日常生活功能退化致精神障礙者，亦得由神經專科醫師鑑定之。	<input type="checkbox"/> 智能： <input type="checkbox"/> 極嚴重減退 <input type="checkbox"/> 嚴重減退 <input type="checkbox"/> 輕度減退  <input type="checkbox"/> 智能測定結果： 總智商_____ 操作智商_____ 語言智商_____
	半失能	5-2	因精神障礙，呈現嚴重智能減退，且認知功能、職業功能、社交功能有明顯退化，經積極精神治療一年以上，僅能維持日常基本自我照顧能力者。		<input type="checkbox"/> 認知功能： <input type="checkbox"/> 明顯退化 <input type="checkbox"/> 輕度退化 <input type="checkbox"/> 無退化  <input type="checkbox"/> 社交功能： <input type="checkbox"/> 明顯退化 <input type="checkbox"/> 輕度退化 <input type="checkbox"/> 無退化  <input type="checkbox"/> 職業功能： <input type="checkbox"/> 終身無工作能力。 <input type="checkbox"/> 經他人指示，可以從事工作。 <input type="checkbox"/> 仍可從事輕便工作。 <input type="checkbox"/> 經治療或復健或指導後，仍可恢復工作。  <input type="checkbox"/> 日常生活功能： <input type="checkbox"/> 需完全仰賴他人養護或密切監護。 <input type="checkbox"/> 僅能維持日常基本自我照顧能力。 <input type="checkbox"/> 可以自理。  <input type="checkbox"/> 其他補充說明：

### 失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)
六、神經	全失能	6-1	<p>神經機能障礙，符合下列各情形之一者：</p> <p>(一)神經肌肉障礙，經治療至少一年，仍存有下列情形之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 半身不遂，不能行走。</li> <li>2. 兩肢以上完全癱瘓。</li> </ol> <p>(二)因大腦皮質功能完全喪失，而失去對外界之認知能力成為「植物人」，完全依賴他人照顧，須長期臥床，經治療六個月無效，終身無工作能力者。</p> <p>(三)因平衡機能障礙，致無法坐立，且經治療至少一年，仍無法改善，終身無工作能力者。</p> <p>(四)因巴金森氏症達改良式霍葉氏分級第五級，無法站立或行走，且經治療至少一年，仍無法改善者。</p>	<p>1. 肌力分為五級：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)完全癱瘓指肌力為零～一級。</li> <li>(2)不全癱瘓指肌力為二～四級。</li> <li>(3)肌力五級為正常。</li> </ol> <p>2. 植物人係指患者僅存一些原始反射及生命功能，雖然可睜、閉眼或時呈睡眠和清醒狀態，但不會有任何意識或知覺，可以自主呼吸卻不能咀嚼及吞嚥。至於因神經損傷致完全喪失日常生活能力，完全依賴他人照護的患者，如中風、腦缺氧、脊髓傷害、失智症晚期或巴金森氏症晚期等，因基本上還有全部或部分意識，非上述定義所稱之植物人。</p> <p>3. 改良式霍葉氏分級係指 Modified Hoehn-Yahr Stage。分級如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)零級：沒有症狀。</li> <li>(2)第一級：單側之症狀。</li> <li>(3)第二級：輕微之兩側症狀，姿態平穩度正常。</li> <li>(4)第三級：日常生活已受到一些限制，姿勢稍微不平衡，不需他人協助。</li> <li>(5)第四級：可自行站立與慢慢行走，但大部份日常生活與工作已有明顯限制。</li> <li>(6)第五級：若沒有人幫助，將完全依靠輪椅或終日臥床。</li> </ol>	<p><input type="checkbox"/>神經肌肉障礙部位：</p> <p><input type="checkbox"/>半身（左、右、上、下）</p> <p><input type="checkbox"/>兩肢以上（左、右、上、下）</p> <p><input type="checkbox"/>一肢（左、右、上、下）</p> <p><input type="checkbox"/>四肢肌力： 左上肢：_____；左下肢：_____</p> <p>右上肢：_____；右下肢：_____</p> <p><input type="checkbox"/>行動障礙：</p> <p><input type="checkbox"/>半身不遂，不能行走</p> <p><input type="checkbox"/>兩肢以上完全癱瘓</p> <p><input type="checkbox"/>一肢完全癱瘓</p> <p><input type="checkbox"/>兩肢以上不全癱瘓，有顯著運動障礙</p> <p><input type="checkbox"/>一肢以上不全癱瘓</p> <p><input type="checkbox"/>尚可行動（不得請領）</p> <p>*請詳述實際障礙情形： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 年 月 日起呈植物人狀態後，已治療6個月以上，其實際狀態：（請詳述） _____</p> <p><input type="checkbox"/>大小便情形： <input type="checkbox"/>永久失禁</p> <p><input type="checkbox"/>其中之一永久失禁（<input type="checkbox"/>大便 <input type="checkbox"/>小便）</p> <p><input type="checkbox"/>平衡機能障礙情形： <input type="checkbox"/>無法坐立</p> <p><input type="checkbox"/>無法站立</p> <p><input type="checkbox"/>步行困難</p> <p><input type="checkbox"/>因巴金森氏症所致神經機能障礙情形： <input type="checkbox"/>達改良式霍葉氏分級第_____級</p> <p><input type="checkbox"/>無法站立或行走</p> <p><input type="checkbox"/>行走及日常生活需要輔具或協助</p> <p><input type="checkbox"/>明顯動作遲滯、姿勢平衡受損，影響站立或步態</p> <p><input type="checkbox"/>工作能力： <input type="checkbox"/>終身無工作能力</p> <p><input type="checkbox"/>有礙工作</p> <p><input type="checkbox"/>可以正常工作</p>



### 失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)
六、神經	半失能	6-2	<p>神經機能障礙，符合下列各情形之一者：</p> <p>(一)神經肌肉障礙，經治療至少一年，仍存留下列情形之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 一肢完全癱瘓。</li> <li>2. 兩肢以上不全癱瘓，顯著運動障礙。</li> <li>3. 大小便永久失禁。</li> </ol> <p>(二)因平衡機能障礙，致無法站立，且經治療至少一年，仍無法改善者。</p> <p>(三)因巴金森氏症達改良式霍葉氏分級第四級，行走及日常生活需輔具或協助，且經至少一年，仍無法改善者。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 肌力分為五級：                             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)完全癱瘓指肌力為零～一級。</li> <li>(2)不全癱瘓指肌力為二～四級。</li> <li>(3)肌力五級為正常。</li> </ol> </li> <li>2. 改良式霍葉氏分級係指 Modified Hoehn-Yahr Stage。分級如下：                             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)零級：沒有症狀。</li> <li>(2)第一級：單側之症狀。</li> <li>(3)第二級：輕微之兩側症狀，姿態平穩度正常。</li> <li>(4)第三級：日常生活已受到一些限制，姿勢稍微不平衡，不需他人協助。</li> <li>(5)第四級：可自行站立與慢慢行走，但大部份日常生活與工作已有明顯限制。</li> <li>(6)第五級：若沒有人幫助，將完全依靠輪椅或終日臥床。</li> </ol> </li> </ol>	<input type="checkbox"/> 神經肌肉障礙部位： <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>半身（左、右、上、下）</li> <li><input type="checkbox"/>兩肢以上（左、右、上、下）</li> <li><input type="checkbox"/>一肢（左、右、上、下）</li> </ul> <input type="checkbox"/> 四肢肌力： <p>左上肢：_____；左下肢：_____</p> <p>右上肢：_____；右下肢：_____</p> <input type="checkbox"/> 行動障礙： <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>半身不遂，不能行走</li> <li><input type="checkbox"/>兩肢以上完全癱瘓</li> <li><input type="checkbox"/>一肢完全癱瘓</li> <li><input type="checkbox"/>兩肢以上不全癱瘓，有顯著運動障礙</li> <li><input type="checkbox"/>一肢以上不全癱瘓</li> <li><input type="checkbox"/>尚可行動（不得請領）</li> </ul> <p>*請詳述實際障礙情形： _____</p> <input type="checkbox"/> 大小便情形： <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>永久失禁</li> <li><input type="checkbox"/>其中之一永久失禁（<input type="checkbox"/>大便 <input type="checkbox"/>小便）</li> </ul> <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙情形： <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>無法坐立</li> <li><input type="checkbox"/>無法站立</li> <li><input type="checkbox"/>步行困難</li> </ul> <input type="checkbox"/> 因巴金森氏症所致神經機能障礙情形： <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>達改良式霍葉氏分級第_____級</li> <li><input type="checkbox"/>無法站立或行走</li> <li><input type="checkbox"/>行走及日常生活需要輔具或協助</li> <li><input type="checkbox"/>明顯動作遲滯、姿勢平衡受損，影響站立或步態</li> </ul> <input type="checkbox"/> 工作能力： <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>終身無工作能力</li> <li><input type="checkbox"/>有礙工作</li> <li><input type="checkbox"/>可以正常工作</li> </ul>

失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)
六、神經	部分失能	6-3	<p>神經機能障礙，符合下列各情形之一者：</p> <p>(一)神經肌肉障礙，經治療至少一年，仍存留下列情形之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 一肢以上不全麻痺且有礙工作。</li> <li>2. 有大小便其中之一永久性失禁。</li> </ol> <p>(二)因平衡機能障礙，致治療步行困難，且經治療至少一年，仍無法改善者。</p> <p>(三)因巴金森氏症達改良式霍葉氏分級第三級，明顯動作遲滯、姿勢平衡受損，影響站立或步態，且經治療至少一年，仍無法改善者。</p>	<p>1. 肌力分為五級：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 完全癱瘓指肌力為零～一級。</li> <li>(2) 不全麻痺指肌力為二～四級。</li> <li>(3) 肌力五級為正常。</li> </ol> <p>2. 改良式霍葉氏分級係指 Modified Hoehn-Yahr Stage。分級如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 零級：沒有症狀。</li> <li>(2) 第一級：單側之症狀。</li> <li>(3) 第二級：輕微之兩側症狀，姿態平穩度正常。</li> <li>(4) 第三級：日常生活已受到一些限制，姿勢稍微不平衡，不需他人協助。</li> <li>(5) 第四級：可自行站立與慢慢行走，但大部份日常生活與工作已有明顯限制。</li> <li>(6) 第五級：若沒有人幫助，將完全依靠輪椅或終日臥床。</li> </ol>	<p><input type="checkbox"/>神經肌肉障礙部位：</p> <p><input type="checkbox"/>半身（左、右、上、下）</p> <p><input type="checkbox"/>兩肢以上（左、右、上、下）</p> <p><input type="checkbox"/>一肢（左、右、上、下）</p> <p><input type="checkbox"/>四肢肌力：</p> <p>左上肢：_____；左下肢：_____</p> <p>右上肢：_____；右下肢：_____</p> <p><input type="checkbox"/>行動障礙：</p> <p><input type="checkbox"/>半身不遂，不能行走</p> <p><input type="checkbox"/>兩肢以上完全癱瘓</p> <p><input type="checkbox"/>一肢完全癱瘓</p> <p><input type="checkbox"/>兩肢以上不全麻痺，有顯著運動障礙</p> <p><input type="checkbox"/>一肢以上不全麻痺</p> <p><input type="checkbox"/>尚可行動（不得請領）</p> <p>*請詳述實際障礙情形：</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/>大小便情形：</p> <p><input type="checkbox"/>永久失禁</p> <p><input type="checkbox"/>其中之一永久失禁（<input type="checkbox"/>大便 <input type="checkbox"/>小便）</p> <p><input type="checkbox"/>平衡機能障礙情形：</p> <p><input type="checkbox"/>無法坐立</p> <p><input type="checkbox"/>無法站立</p> <p><input type="checkbox"/>步行困難</p> <p><input type="checkbox"/>因巴金森氏症所致神經機能障礙情形：</p> <p><input type="checkbox"/>達改良式霍葉氏分級第_____級</p> <p><input type="checkbox"/>無法站立或行走</p> <p><input type="checkbox"/>行走及日常生活需要輔具或協助</p> <p><input type="checkbox"/>明顯動作遲滯、姿勢平衡受損，影響站立或步態</p> <p><input type="checkbox"/>工作能力：</p> <p><input type="checkbox"/>終身無工作能力</p> <p><input type="checkbox"/>有礙工作</p> <p><input type="checkbox"/>可以正常工作</p>

### 失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)
七、肢體或關節	全失能	7-1	兩上肢腕關節以上（遠心端）殘缺者。	1. 「上肢」係指肩關節以下。 2. 「下肢」係指髖關節以下。 3. 「指（趾）殘缺」係指遠位指（趾）關節一關節以上殘缺。 4. 「肢體殘缺」係指肢端因切除或截肢造成之殘缺。 5. 殘缺後經手術重建、整型恢復機能者，不視為失能。 6. 「上肢三大關節」係指肩、肘、腕三關節。 7. 「下肢三大關節」係指髖、膝、踝三關節。 8. 各關節「機能嚴重喪失」之判斷指標，以主要關節功能(function)喪失百分之八十以上且有肌肉萎縮者為準。 9. 「僵直」係ANKYLOSIS之中譯，係指某一關節因疾病或傷害，經治療後固定在某一部位，活動範圍為零度或接近零度。 10. 關節機能失能之鑑定，須檢附鑑定永久失能時之X光片或光碟片為據。	失能部位（截肢或截指、趾）： <input type="checkbox"/> 兩上肢腕關節以上（遠心端） <input type="checkbox"/> 一上肢腕關節以上（遠心端）： <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 兩下肢踝關節以上（遠心端） <input type="checkbox"/> 一下肢踝關節以上（遠心端）： <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 兩下肢踝關節存在，踝關節以下（遠心端），蹠趾關節以上 <input type="checkbox"/> 一下肢踝關節存在，踝關節以下（遠心端），蹠趾關節以上 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 手指截指： <input type="checkbox"/> 左手： <input type="checkbox"/> 拇指 <input type="checkbox"/> 食指 <input type="checkbox"/> 中指 <input type="checkbox"/> 無名指 <input type="checkbox"/> 小指 <input type="checkbox"/> 右手： <input type="checkbox"/> 拇指 <input type="checkbox"/> 食指 <input type="checkbox"/> 中指 <input type="checkbox"/> 無名指 <input type="checkbox"/> 小指 <input type="checkbox"/> 一足五趾截趾 <input type="checkbox"/> 兩足十趾截趾 <input type="checkbox"/> 其他 （請詳述並請於本證明書首頁圖解欄繪圖）  <input type="checkbox"/> 左上肢： <input type="checkbox"/> 肩：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 肘：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 腕：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 右上肢： <input type="checkbox"/> 肩：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 肘：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 腕：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 左下肢： <input type="checkbox"/> 髖：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 膝：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 踝：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 （※次頁仍有勾選項目）
		7-2	雙手包括兩拇指、兩食指、六指以上殘缺者。		
		7-3	兩下肢踝關節以上（遠心端）殘缺者。		
		7-4	兩上肢腕關節及手各關節機能嚴重喪失者。		
		7-5	兩上肢三大關節機能嚴重喪失者。		
		7-6	兩腕關節及胸腰脊椎關節機能嚴重喪失者。		
		7-7	兩下肢三大關節機能嚴重喪失者。		
	半失能	7-8	一上肢腕關節以上（遠心端）殘缺者。		
		7-9	雙手兩拇指殘缺者。		
		7-10	一手包括一拇指、一食指、三指以上殘缺者。		
		7-11	兩下肢踝關節存在，踝關節以下（遠心端），蹠趾關節以上殘缺者。		
		7-12	一下肢踝關節以上（遠心端）殘缺者。		
		7-13	兩足十趾完全殘缺者。		

失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)
七、 肢體或關節	半失能	7-14	一上肢三大關節機能嚴重喪失者。	11.關節機能失能者，須接受手術或適當治療後，經過一年以上仍無法改善而符合失能標準者，始可認定。  12.經醫師鑑定需矯正者，於矯正前，不列失能等級。	<input type="checkbox"/> 右下肢： <input type="checkbox"/> 腕：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 膝：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 踝：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮  <input type="checkbox"/> 手指各關節 (請詳述並繪圖標示活動範圍)： <input type="checkbox"/> 左手(請標示活動範圍)： 拇 指：____ 食 指：____ 中 指：____ 無名指：____ 小 指：____ <input type="checkbox"/> 右手 拇 指：____ 食 指：____ 中 指：____ 無名指：____ 小 指：____ <input type="checkbox"/> 頸椎：活動範圍：____ <input type="checkbox"/> 胸椎：活動範圍：____ <input type="checkbox"/> 腰椎：活動範圍：____ <input type="checkbox"/> 其他(請詳述並繪圖標示活動範圍)  _____
		7-15	頸椎及腰椎機能嚴重喪失者。		
		7-16	兩下肢(或兩上肢)三大關節中，各側分別有兩大關節機能嚴重喪失者。		
		7-17	兩下肢(或兩上肢)三大關節中，一側有一大關節機能嚴重喪失者，同時另側有兩大關節機能嚴重喪失者。		
		7-18	一下肢三大關節機能嚴重喪失者。		

### 失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)
七、肢體或關節	部分失能	7-19	一手包括拇指或食指在內，兩指以上殘缺者。	1. 「上肢」係指肩關節以下。	失能部位（截肢或截指、趾）： <input type="checkbox"/> 兩上肢腕關節以上（遠心端） <input type="checkbox"/> 一上肢腕關節以上（遠心端）： <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 兩下肢踝關節以上（遠心端） <input type="checkbox"/> 一下肢踝關節以上（遠心端）： <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 兩下肢踝關節存在，踝關節以下（遠心端），蹠趾關節以上 <input type="checkbox"/> 一下肢踝關節存在，踝關節以下（遠心端），蹠趾關節以上 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 手指截指： <input type="checkbox"/> 左手： <input type="checkbox"/> 拇指 <input type="checkbox"/> 食指 <input type="checkbox"/> 中指 <input type="checkbox"/> 無名指 <input type="checkbox"/> 小指 <input type="checkbox"/> 右手： <input type="checkbox"/> 拇指 <input type="checkbox"/> 食指 <input type="checkbox"/> 中指 <input type="checkbox"/> 無名指 <input type="checkbox"/> 小指 <input type="checkbox"/> 一足五趾截趾 <input type="checkbox"/> 兩足十趾截趾 <input type="checkbox"/> 其他 （請詳述並請於本證明書首頁圖解欄繪圖）  <input type="checkbox"/> 左上肢： <input type="checkbox"/> 肩：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 肘：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 腕：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 右上肢： <input type="checkbox"/> 肩：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 肘：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 腕：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 左下肢： <input type="checkbox"/> 髖：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 膝：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 踝：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 （※次頁仍有勾選項目）
		7-20	一手三指以上殘缺者。	2. 「下肢」係指髖關節以下。	
		7-21	一下肢踝關節存在，踝關節以下（遠心端），蹠趾關節以上殘缺者。	3. 「指（趾）殘缺」係指遠位指（趾）關節一關節以上殘缺。	
		7-22	一足五趾完全殘缺者。	4. 「肢體殘缺」係指肢端因切除或截肢造成之殘缺。	
		7-23	一上肢腕關節及手各關節，機能嚴重喪失者。	5. 殘缺後經手術重建、整型恢復機能者，不視為失能。	
		7-24	一上肢兩大關節機能嚴重喪失者。	6. 「上肢三大關節」係指肩、肘、腕三關節。	
		7-25	肩關節或肘關節有骨性或纖維性僵直者。	7. 「下肢三大關節」係指髖、膝、踝三關節。	
		7-26	頸椎或腰椎機能嚴重喪失者。	8. 各關節「機能嚴重喪失」之判斷指標，以主要關節功能(function)喪失百分之八十以上且有肌肉萎縮者為準。	
		7-27	髖關節或膝關節有骨性或纖維性僵直，兩肢平行站立時一足懸空者。	9. 「僵直」係ANKYLOSIS之中譯，係指某一關節因疾病或傷害，經治療後固定在某一部位，活動範圍為零度或接近零度。	
		7-28	兩下肢（或兩上肢）三大關節中，各側分別有一大關節機能嚴重喪失者。	10. 關節機能失能之鑑定，須檢附鑑定永久失能時之X光片或光碟片為據。	
		7-29	一下肢兩大關節機能嚴重喪失者。		
		7-30	一下肢短五公分以上者。		

### 失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)
				11. 關節機能失能者，須接受手術或適當治療後，經過一年以上仍無法改善而符合失能標準者，始可認定。  12. 經醫師鑑定需矯正者，於矯正前，不列失能等級。	<input type="checkbox"/> 右下肢： <input type="checkbox"/> 腕：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 膝：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 踝：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮  <input type="checkbox"/> 手指各關節 (請詳述並繪圖標示活動範圍)： <input type="checkbox"/> 左手 (請標示活動範圍)： 拇 指：____ 食 指：____ 中 指：____ 無名指：____ 小 指：____ <input type="checkbox"/> 右手 拇 指：____ 食 指：____ 中 指：____ 無名指：____ 小 指：____ <input type="checkbox"/> 頸椎：活動範圍：____ <input type="checkbox"/> 胸椎：活動範圍：____ <input type="checkbox"/> 腰椎：活動範圍：____ <input type="checkbox"/> 其他 (請詳述並繪圖標示活動範圍)  <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> <input type="checkbox"/> 其他：請附X光片 <input type="checkbox"/> 兩肢平行站立時一足懸空 <input type="checkbox"/> 兩下肢相差____公分 (請於本證明書首頁圖解欄繪圖)



失能標準及病情詳況填註說明

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將病情實況於□打✓或加註文字說明，每一打✓或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本失能證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「失能部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

失能種類	失能等級	編號	失能標準	附註	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選) (鑑定時請參考左列失能標準及附註)
九、皮膚	全失能	9-1	身體皮膚排汗功能喪失百分之七十一以上，經治療一年以上，仍無法改善者。	1. 身體皮膚排汗功能喪失，係指外傷、燒燙傷或化學灼傷造成除頭、臉部以外之身體肥厚性疤痕(含植皮供應之肥厚疤痕)或植皮後疤痕引起排汗功能喪失者。 2. 身體皮膚排汗功能喪失面積之測量計算，以手掌面積約佔人體表面積的百分之一為測量計算基準。 3. 身體皮膚排汗功能喪失之鑑定，須檢附症狀固定後之4×6吋彩色照片為佐證，照片須加註拍攝日期。	身體(不含頭、臉部)排汗功能喪失百分比：_____ % (須檢附症狀固定後之4×6吋彩色照片，且須加註拍攝日期)
	半失能	9-2	身體皮膚排汗功能喪失百分之二十一至百分之七十，經治療一年以上，仍無法改善者。		
	部分失能	9-3	身體皮膚排汗功能喪失百分之十一至百分之二十，經治療一年以上，仍無法改善者。		