

全民健康保險居家醫療照護整合計畫

104年4月23日健保醫字第1040004024號公告訂定

105年2月15日健保醫字第1050001413號公告修訂

一、計畫依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、計畫目的

- (一)提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護可近性。
- (二)鼓勵醫事服務機構連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院。
- (三)改善現行不同類型居家醫療照護片段式的服務模式，以提供病患整合性之全人照護。

三、施行期間

自公告日起至107年12月31日止。

四、預算來源

本計畫個案管理費及附件1所列給付項目及支付標準之醫療費用由其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項下支應，其餘醫療費用由各總額部門預算支應。

五、醫療服務提供者資格

- (一)由本保險特約醫事服務機構組成整合性照護團隊（以下稱照護團隊），提供含括「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段，並依其醫事人員專長提供各階段之服務項目。照護團隊應提供團隊內、外轉診服務，確保照護對象轉介與後送就醫之需求。
- (二)訪視醫師須具專科醫師資格；惟經保險人分區業務組審酌區域居家醫療服務資源後同意之醫師，不在此限。
- (三)各類專業醫事人員提供呼吸照護及安寧療護等居家醫療照護，應具備各該

項目之服務資格。

- (四) 照護團隊應有個案管理人員負責協調、溝通及安排相關事宜；個案管理人員可由醫師、護理人員、呼吸治療人員或社會工作人員擔任。
- (五) 特約醫事服務機構於參與計畫日起前 2 年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；抵扣停約或終約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。
- (六) 醫事人員至照護對象住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准及保險人同意。
- (七) 符合前述各項資格之照護團隊，由主責醫事服務機構向保險人分區業務組提出參與計畫申請書（附件 2，須檢附具體之照護團隊內、外轉診服務計畫與後送機制）。經保險人分區業務組資格審核同意後，始可參與本計畫；異動時亦同。

六、服務區域

以申請收案之特約醫事服務機構所在地 10 公里之範圍為原則，但全民健康保險法所稱山地離島地區（附件 3）與醫療資源缺乏地區，及報經保險人分區業務組認定之特殊情形，不在此限，惟仍應以鄰近之特約醫事服務機構就近收案提供服務為原則。

七、收案條件

- (一) 居家醫療階段：照護對象限居住於住家（不含照護機構），且經照護團隊醫事人員評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便者。
- (二) 重度居家醫療階段：除第(一)項條件外，另應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」（以下稱醫療服務支付標準）第五部第一章居家照

護之收案條件；使用呼吸器相關服務之照護對象，另應符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」（以下稱呼吸器依賴患者整合性照護計畫）居家照護階段之收案條件。

(三)安寧療護階段：除第(一)項條件外，另應符合醫療服務支付標準第五部第三章安寧居家療護之收案條件。

(四)基於給付不重複之原則，行動不便患者(一般)居家照護、呼吸器依賴患者居家照護、末期病患安寧居家療護之收案對象，應自原照護計畫結案，始得收案為本計畫之照護對象。

(五)同一照護對象於相同照護期間，其他特約醫事服務機構不得再申請收案。

八、收案及審核程序

(一)照護對象來源：

1、住院個案：經診治醫師評估，由出院準備服務轉銜至參與本計畫之特約醫事服務機構收案。

2、非住院個案：

(1)由參與本計畫之特約醫事服務機構直接評估收案。

(2)由個案或其家屬向參與本計畫之特約醫事服務機構提出申請，或由各縣市長期照顧管理中心（及合約居家服務單位）、衛生局（所、室）、社會局（處）等轉介至參與本計畫之醫事服務機構評估收案。

(二)收案程序：

1、照護對象經訪視醫事人員評估符合收案條件，開立收案申請書(附件4)，並擬訂居家醫療照護計畫（含照護期間、照護內容、訪視頻率等），由健保資訊網服務系統(以下稱VPN)送保險人備查，保險人得視情況實地評估照護對象之醫療需求。

2、特約醫事服務機構應擇一最適照護階段收案提供照護，收案期間照護對

象病情轉變，可彈性調整照護階段，無須結案後重新收案，但應於 1 週內（含例假日）於 VPN 登錄異動。

3、訪視醫師於照護階段轉換或照護期滿應重新評估，且每二個月至少訪視一次，以確認照護對象病情變化，適時調整醫囑。

(三)照護期間之計算，新收個案以收案日起算；期滿申請延長照護個案以申請日起算（於原照護期限內申請者，以接續日起算）。同一特約醫事服務機構同一個案，於照護期間截止日起 30 日內再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新個案申請。

(四)特約醫事服務機構應依訪視醫師醫囑，擬訂居家醫療照護計畫以及排定訪視時間。訪視時，應查驗照護對象之全民健康保險憑證（以下稱健保卡）、身分證明文件，及自備讀卡設備逐次於健保卡登錄就醫紀錄，並於 24 小時內上傳予保險人備查；但有不可抗力或因特殊情況經保險人同意者，不在此限。

(五)特約醫事服務機構參與本計畫後之新收個案均應收為本計畫之照護對象，原有個案於照護期滿應轉為本計畫之照護對象。

九、照護內容

本計畫之「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段之照護內容，包括：

(一)醫師訪視：

- 1、依照護對象醫療需求，開立居家醫療服務醫囑。
- 2、提供一般西醫門診診療服務，但不包括手術、麻醉、血液透析、復健診療、慢性精神疾病居家治療等特定診療服務。
- 3、一般藥品處方箋用藥，得按病人病情需要，每次開給足夠用量。
- 4、醫師開立藥品處方時，應透過 VPN，以健保雲端藥歷系統，即時查詢照

護對象近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升照護對象用藥安全及品質。

- (二)護理人員訪視：提供居家護理一般照護、特殊照護、臨終照護及案家自我照護指導等。
- (三)呼吸治療人員訪視：提供居家呼吸照護及案家自我照護指導。
- (四)其他專業人員訪視：視需要由臨床心理師或社會工作人員訪視。
- (五)藥品處方調劑服務：照護對象所需之藥品，得由處方之特約醫療院所提供調劑與送藥服務，或由家屬持健保卡及處方箋至社區藥局或原處方院所調劑領藥。照護對象獨居時，應提供適當之藥事服務。
- (六)個案健康管理：穩定健康狀態、連結醫療及長期照顧服務資源。輔導新收個案查詢健康存摺(應經照護對象、監護人或其指定代理人同意)，以協助訪視醫事人員掌握照護對象就醫資訊，提升醫療安全與效益。
- (七)24小時電話諮詢服務：於照護對象發生緊急狀況時，提供照護對象及其家屬24小時醫療專業諮詢服務，必要時應啟動緊急醫療後送程序。
- (八)每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)，並請照護對象或其家屬簽章；另應製作照護對象之居家醫療照護紀錄留存於案家，以利與其他醫事人員或長期照顧服務人員提供整合性之居家照護服務。

十、醫療費用申報、支付及審查原則

- (一)醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。
- (二)本計畫收案及延長照護案件之醫療費用，經審核不符收案條件者，保險人不予支付費用。
- (三)醫療費用申報：

- 1、特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下表規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位。

照護階段	案件分類	任一特定治療項目代號
居家醫療	E1	EC
重度居家醫療	A1	EC
安寧療護	A5	EC

- 2、其他欄位依居家照護案件，採同一療程每月申報一次：

(1)「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。「診治醫事人員代號」欄位，請填報該月第一次訪視人員身分證號（若同日訪視人員一人以上者，優先填報順序為醫師、護理人員、呼吸治療人員、其他專業人員）。

(2)醫事人員各次訪視費應逐筆填報醫令代碼、執行時間-起/迄、執行醫事人員代號及就醫科別。前述就醫科別，醫師訪視請以該次訪視實際提供之診療最適科別填報，護理人員訪視請填「EA 居家護理」，呼吸治療人員訪視請填「AC 胸腔內科」，其他專業人員訪視免填。

- 3、如可歸責於特約醫事服務機構申報資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。

- 4、本計畫之醫師訪視費由其專任或兼任之特約醫院或診所申報，護理人員、呼吸治療人員及其他專業人員訪視費由其專任或兼任之特約醫事服務機構於業務範圍內申報。藥費、藥事服務費、檢驗(查)費由提供服務之特約醫事服務機構依規定申報，不得由護理機構申報，否則不予支付。

(四)給付項目及支付標準：

- 1、個案管理費：

(1) 申請收案之特約醫事服務機構應負責提供個案健康管理及 24 小時電

話諮詢服務，惟前述服務可由照護團隊合作提供。

- (2) 每名照護對象每年支付 600 點：由保險人於年度結束後計算並支付收案之特約醫事服務機構；未滿一年者，按月比例支付。年度間由 2 家以上特約醫事服務機構收案者，如於同一月份結案並重新收案，當月個案管理費，不論實際收案天數，支付首家結案機構及最終收案機構各 50%。

2、各照護階段之給付項目及支付標準原則如下：

照護階段	給付項目	支付標準
居家醫療	醫師訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實
重度居家醫療	醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 緩和醫療家庭諮詢費論次計酬
安寧療護	醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 病患自控式止痛論次計酬

備註：各照護階段內之給付項目應依照護對象病情實際需要提供，並非
照護階段內各類醫事人員訪視均須提供。

3、各類醫事人員訪視費、呼吸器使用費、緩和醫療家庭諮詢費及病患自控

式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, 以下稱PCA)等，
 依附件 1 之給付項目及支付標準支付。

4、藥事服務費、藥費及檢驗（查）費等：依醫療服務支付標準及「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定支付。

5、各類醫事人員每人每月服務人次上限：

(1) 依各照護階段權重計算(詳下表)，超過的部分不予支付訪視費用。例如：甲醫師訪視居家照護階段個案 70 次、安寧療護階段個案 3 次，當月服務人次為 82 人次($70*1+3*4$)；乙護理師訪視重度居家醫療個案 60 次，安寧療護階段個案 10 次，當月服務人次為 82 人次($60*1+10*2.2$)。

權值	醫師	護理人員	呼吸治療人員	其他專業人員
居家醫療	1	-	-	-
重度居家醫療	1	1	1	1
安寧療護	4	2.2	1	1
服務人次上限	180	100	60	45

(2) 為確保照護品質，各類人員執行本計畫之每月服務人次上限，與執行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者整合性照護計畫之服務人次歸戶合併計算。

(五)部分負擔計收規定：

1、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條居家照護規定計收，處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收。

2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。

3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之

施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。

(六)點值結算方式：本計畫個案管理費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用每點金額以 1 元暫結。

十一、監測指標（排除已死亡個案）

(一)每人每年門診就醫次數

- 1、分子：照護對象門診次數合計
- 2、分母：當年度照護對象人數
- 3、居家訪視次數及院所門診次數分計

(二)每人每年住院天數

- 1、分子：照護對象住院天數合計
- 2、分母：當年度照護對象人數

(三)住院率

- 1、分子：照護對象住院人數
- 2、分母：當年度照護對象人數

(四)急診率

- 1、分子：照護對象急診人數
- 2、分母：當年度照護對象人數

(五)住院個案出院後 14 日內再住院率

- 1、分子：住院個案出院後 14 日內再住院之案件數
- 2、分母：照護對象來源為住院個案之出院案件數

十二、計畫管理機制

(一)保險人負責總體計畫架構之研訂、協調與修正。

(二)保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、輔導轄區醫事服

務機構執行計畫、計算指標與核發費用。

- (三)參與本計畫之醫事服務機構負責提供照護對象連續性之整合醫療照護。

十三、退場機制

- (一)參與本計畫之醫事服務機構，未依排定時間進行訪視且未事先通知照護對象、或參與本計畫有待改善事項，經保險人2次通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。
- (二)參與本計畫之醫事服務機構如涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫。
- (三)特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

十四、計畫修訂程序

- (一)本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，報請主管機關核定後公告實施，並送健保會備查。
- (二)屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

十五、附則

- (一)特約醫事服務機構至照護對象住家提供健保居家醫療照護服務，得併行提供保險人代辦之醫療服務(如預防保健等)，其服務範圍與支付標準悉依各業務主管機關之規定辦理。
- (二)本計畫施行期間，與現行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第

三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者整合性照護計畫雙軌併行。本計畫分二期逐步整合與推廣，每期3年，期滿應評估全面導入醫療服務支付標準。

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」給付項目及支付標準

通則：

- 一、醫令代碼屬 P 碼者，限參與本計畫之照護團隊申報。
- 二、居家護理特殊照護項目如附表 1，居家護理一般照護項目如附表 2，居家照護治療材料表如附表 3；施行特殊照護項目及使用治療材料者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。
- 三、照護團隊對同一照護對象於相同期間，僅可擇一最適照護階段提供照護，不可跨照護階段收案。
- 四、照護階段內之服務項目，由收案之特約醫事服務機構協調照護團隊合作提供，不得重複提供。例如：重度居家醫療階段之呼吸器依賴患者，所需護理訪視服務，應由主責護理人員提供全人照護，而非分別派遣多名護理人員進行訪視。
- 五、呼吸器依賴患者每月實際醫療費用未達 27,000 點時，以 27,000 點扣除其他機構申報之醫療費用後，支付收案之特約醫事服務機構；照護期間不足 1 個月時，依相同原則，按實際照護天數以每日 900 點計算支付。前述醫療費用不含安寧療護醫師訪視費、安寧療護護理訪視費、其他專業人員處置費、緩和醫療家庭諮詢費、臨終病患訪視費、PCA、藥費、藥事服務費及附表 3 備註所列特殊材料。

編號	診療項目	支付點數
	醫師訪視費	
	居家醫療、重度居家醫療：	
05307C	醫師訪視費(次)	1553
05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)	1709
	甲類安寧療護：	
05312C	醫師訪視費(次)	1553
05323C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1709
	乙類安寧療護：	
05336C	醫師訪視費(次)	1088
05337C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1196
	註：醫師訪視費所訂點數含診療、處方、治療處置、治療材料、電子資料處理及行政作業成本等。	
	護理人員訪視費	
	重度居家醫療：	
	—資源耗用群為第一類	
05301C	護理訪視費(次)	1050
05302C	山地離島地區護理訪視費(次)	1155
	—資源耗用群為第二類	
05303C	護理訪視費(次)	1455
05304C	山地離島地區護理訪視費(次)	1601

編號	診療項目	支付點數
05305C	—資源耗用群為第三類 護理訪視費(次)	1755
05306C	山地離島地區護理訪視費(次)	1931
05321C	—資源耗用群為第四類 護理訪視費(次)	2055
05322C	山地離島地區護理訪視費(次)	2261
甲類安寧療護：		
05313C	—訪視時間一小時以內 (≤1 小時) 護理訪視費(次)	1650
05324C	護理訪視費山地離島地區(次)	1815
05314C	—訪視時間一小時以上 (>1 小時) 護理訪視費(次)	2250
05325C	護理訪視費山地離島地區(次)	2475
乙類安寧療護：		
05338C	—訪視時間一小時以內 (≤1 小時) 護理訪視費(次)	1155
05339C	護理訪視費山地離島地區(次)	1271
05340C	—訪視時間一小時以上 (>1 小時) 護理訪視費(次)	1575
05341C	護理訪視費山地離島地區(次)	1733
註：		
1. 資源耗用群分類：		
第一類：需居家護理一般照護項目之病人		
第二類：需居家護理特殊照護群組任一組之病人		
第三類：需居家護理特殊照護群組任二組之病人		
第四類：需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人		
2. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢、治療材料及電子資料處理等費用在內。		
3. 上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。		
4. 視訪時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章。		
呼吸治療人員訪視費		
P5401C	—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等 呼吸治療人員訪視費(次)	1050
P5402C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1155

編號	診療項目	支付點數
P5403C	—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等 呼吸治療人員訪視費(次)	1455
P5404C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次) 註： 1. 限呼吸器依賴患者申報。 2. 呼吸治療人員提供侵襲性呼吸器依賴患者呼吸照護時，護理人員不得再以提供氣切護理申報資源耗用群為第二類之護理訪視費。	1601
05315C	其他專業人員處置費（次）：限社會工作人員或心理師	1050
P5405C	山地離島地區其他專業人員處置費(次)：限社會工作人員或心理師 註：限呼吸器依賴患者、臨終病患申報。	1155
P5406C	呼吸器使用(天) 註：限呼吸器依賴患者申報。	590
P5407C	緩和醫療家庭諮詢費 註： 1. 限重度居家醫療階段申報。 2. 適應症：以進入末期狀態病患為主。 3. 相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或家屬。 (2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少1小時。 (3)諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，並應併入病患之病歷及紀錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。 (4)申報規定： a. 病患已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護或居家安寧照護，不得再申報此項費用。 b. 出院病患住院期間已接受緩和醫療家庭諮詢服務(項目代碼02020B)，不得再申報此項費用。 c. 同一照護團隊對同一照護對象限申報二次。 d. 由主治醫師執業之醫事服務機構申報此項費用。	2250
05326C	臨終病患訪視費	5000
05327C	山地離島地區臨終病患訪視費 註： 1. 限訪視臨終病患，且 ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Scale)大於三級以上(含三級)之病患，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。 2. 甲、乙兩類安寧療護醫事人員皆可申報。 3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	5500

編號	診療項目	支付點數
05316C	病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, PCA) 註：限訪視臨終病患，所訂點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、PCA 袋(bag)等。每一個案每月限申報二次。	1890

附表 1. 居家護理特殊照護項目表

特殊照護群組	支付標準 編號	診療項目
1. 氣切護理	56004C	換造口器 Change tracheostomy set 註：含氣切造瘻口處理 Tracheostomy care
2. 留置導尿管 護理	47014C 50022C	留置導尿 Urinal indwelling catheterization 更換腎臟引流或膀胱引流管 Catheter change
3. 留置鼻胃管 護理	47017C	胃管插入(或更換) Insertion of nasogastric tube 註：更換胃管(Change N-G tube)比照申報。
4. 膀胱灌洗	50012C	膀胱灌洗 Bladder irrigation
5. 三、四期壓瘡 傷口護理	48001C 48002C 48003C 48004C 48005C	淺部創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Wound treatment <5 cm 淺部創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Wound treatment 5-10 cm 淺部創傷處理-傷口長 10 公分以上者 Wound treatment >10 cm 深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Debridement <5 cm 深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Debridement 5-10 cm 註：傷口程度分期係採用國際腸造瘻治療協會及美國國家褥瘡學會的分類法；本項護理含傷口評估、淺部或深部創傷縫合、接紮、擴創處理、教導家屬換藥技巧及預防其他部位壓瘡發生；糖尿病足末梢動靜脈阻塞之皮膚潰爛護理比照申報。訪視紀錄請註明處置日期和部位。
6. 大量液體點 滴注射	39004C	大量液體點滴注射 IV drip (林格兒氏液、Rock 液、生理食鹽水、葡萄糖液、因糖液或血液代用劑等)注射。 註：含靜脈留置針設立，觀察病患對注射藥物之反應、教導家屬觀察注射部位之狀況及維護靜脈點滴之通暢。
7. 造口護理	49004C 49005C 49020B 49021B 49022B	肛門切除後治療 Post APR wound care 人工肛門灌洗 Colostomy irrigation 三路灌洗 Three way irrigation 迴腸造口永久裝具裝置 Ileostomy, permanent appliance 迴腸膀胱永久裝具裝置 Ileum bladder, permanent appliance

註：48004C「深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者」及 48005C「深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者」二項診療項目，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行核實申報。

附表 2. 居家護理一般照護項目表

支付標準 編號	診療項目
(免填報)	小量注射：如肌肉注射、皮下注射、靜脈注射
	靜脈點滴加藥
	藥物敏感反應試驗(Cytomack test, Penicillin test 等)
	濕氣吸入治療 Humidity inhalation、呼吸道抽吸 Suction、體位引流 Postural drainage
	被動性關節運動 Passive R. O. M.
	置入器皮下注射(port-A)及護理
	小換藥(10 公分以下) Change dressing small (<10 cm)
	中換藥(10-20 公分) Change dressing medium (10-20 cm)
	大換藥(20 公分以上) Change dressing large (>20 cm)
	拆線-傷口在 10cm 以下 Remove Stiches <10 cm
	拆線-傷口在 10cm 以上 Remove Stiches >10 cm
	一般導尿、更換尿袋、尿管護理、拔除尿管之膀胱訓練
	口腔護理
	塞劑給予、糞嵌塞清除 Cleaning fecal impaction
	甘油灌腸 Glycerin enema(大小量灌腸比照本項)
	礦物油留置灌腸 Retention enema(留置灌腸比照本項)
	一般身體檢查、護理指導(含胰島素注射及傷口照顧指導)
酒精拭浴 Alcohol packing、薄荷擦拭 Menthol packing	
會陰沖洗 Perineal irrigation care	
其它護理項目	

附表 3. 居家照護治療材料表

特材代碼	特材品名
NDN01	頭皮針
NDN04	靜脈留置針
CLS04	精密輸液套 (PRECISION ADMINISTRATION SET)
CEE01	延長管 (EXTENSION SET (T-CONNECTOR))
WDD08	人工生物化學覆蓋物 (ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL)
(免填報)	肛管(RECTAL TUBE)、小量灌腸器
	鼻胃管 (N-G TUBE)
	導尿包、導尿管(FOLEY CATHETER)、蓄尿袋(URINE BAG)
	敷料類(紗布、棉墊、棉枝、棉棒、棉籤、棉片、膠帶)
	普通點滴套(IV SET)
	注射筒器、針頭、靜脈帽(IV CAP)、人工薄膜(OP-SITE)
	抽吸導管 (SUCTION TUBE)
	灌食空針 (FEEDING SYRINGE)
	生理食鹽水、蒸餾水
	優碘(AQ-BETA IODINE)、優碘軟膏、酒精
	KY-JELLY
	手套、口罩、紙治療巾
	壓舌板
尿糖試紙、血糖試紙、痰液收集器	

註：矽質二叉留置導尿管、矽質鼻胃管、PVC 氣切管、矽質氣切管及胃造口術管路衛材(須由醫師操作更換)等特殊材料，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行申報，支付品項以全民健康保險藥物給付項目及支付標準收載之特殊材料品項為限。

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」申請書

基本資料	照護團隊名稱		照護團隊代號	(由保險人填入)
	主責院所		院所代碼	
	負責醫師		聯絡人	
	聯絡電話		email	
配套措施	藥品處方調劑方式	<input type="checkbox"/> 診療院所調劑後送藥 <input type="checkbox"/> 交付處方箋 <input type="checkbox"/> 其他：(請說明)		
	24 小時諮詢專線			
	個案健康管理措施			
	個案轉銜合作機制			
	轉診後送機制			

本院(所)及團隊內醫事服務機構同意於執行計畫期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象居家醫療照護。

此致 衛生福利部中央健康保險署



醫療院所印信



負責醫師印章

中華民國 年 月 日

居家醫療照護團隊組成清單

序號	醫事服務機構名稱	機構代號	縣市鄉鎮	層級別	居家服務項目	醫事人員數				聯絡人	聯絡電話
						醫師	護理人員	呼吸治療人員	其他專業人員		
1											

備註：

1. 主責院所請列序號 1，其餘團隊組成之醫事服務構則依序編號。
2. 層級別：依評鑑結果分為醫學中心、區域醫院、地區醫院；其餘醫療機構(藥局除外)稱基層院所。
3. 應檢附照護團隊之合作契約或證明文件。

全民健康保險山地離島地區一覽表

縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(島)
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園市	復興區	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
臺中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	東沙島、南沙太平島
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書

1 申請收案 2 申請收案複核 3 申請延長照護 4 申請延長照護複核 5 照護階段轉換

醫事機構 收案日期	年 月 日	前次 核定迄日	年 月 日	保險人 受理日期	年 月 日
第一部分：基本資料					
個案姓名		性別	<input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 2 女	出生日期	年 月 日
身分證號		電話	(日) _____ (夜) _____		
住家種類	<input type="checkbox"/> 1 平房 <input type="checkbox"/> 2 公寓____樓 <input type="checkbox"/> 3 電梯大廈 <input type="checkbox"/> 4 透天厝 <input type="checkbox"/> 5 其他_____				
居住地址					
居住狀況	<input type="checkbox"/> 1 獨居 <input type="checkbox"/> 2 家人同住 <input type="checkbox"/> 3 親友同住 <input type="checkbox"/> 4 其他_____				
常用語言	<input type="checkbox"/> 1 國語 <input type="checkbox"/> 2 台語 <input type="checkbox"/> 3 客家語 <input type="checkbox"/> 4 原住民族語 <input type="checkbox"/> 5 其他_____				
主要 聯絡人	與個案關係：		聯絡電話/手機：		
主要 照顧者	與個案關係：		聯絡電話/手機：		
社會福利 身分別	<input type="checkbox"/> 1 無 <input type="checkbox"/> 2 低收入戶 <input type="checkbox"/> 3 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 4 榮民 <input type="checkbox"/> 5 原住民 <input type="checkbox"/> 6 領有身心障礙證明(續答 A~C) A. 障礙類別(可複選)： <input type="checkbox"/> 01 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 02 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 03 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 04 聲音機能或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 05 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 06 智能障礙 <input type="checkbox"/> 07 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 08 顏面損傷 <input type="checkbox"/> 09 植物人 <input type="checkbox"/> 10 失智症 <input type="checkbox"/> 11 自閉症 <input type="checkbox"/> 12 慢性精神病患 <input type="checkbox"/> 13 多重障礙(請勾選各項障礙類別) <input type="checkbox"/> 14 頑型(難治型)癲癇症 <input type="checkbox"/> 15 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者 <input type="checkbox"/> 16 其他經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷) B. 障礙等級： <input type="checkbox"/> 1 輕度 <input type="checkbox"/> 2 中度 <input type="checkbox"/> 3 重度 <input type="checkbox"/> 4 極重度 C. 新制或舊制身心障礙類別評估： <input type="checkbox"/> 1 舊制 <input type="checkbox"/> 2 新制(障礙類別：第____類；ICD 診斷：____)				
第二部分：健康狀況					
意識狀態	<input type="checkbox"/> 1 清醒 <input type="checkbox"/> 2 嗜睡 <input type="checkbox"/> 3 混亂 <input type="checkbox"/> 4 呆滯(木僵) <input type="checkbox"/> 5 昏迷(或植物人) <input type="checkbox"/> 6 其他_____				
情緒狀態	<input type="checkbox"/> 1 平穩 <input type="checkbox"/> 2 憂鬱 <input type="checkbox"/> 3 焦慮 <input type="checkbox"/> 4 無法評估				
理解能力	<input type="checkbox"/> 1 良好 <input type="checkbox"/> 2 僅可理解簡單句子或關鍵字 <input type="checkbox"/> 3 無法理解 <input type="checkbox"/> 4 無法評估				
表達方式	<input type="checkbox"/> 1 語言 <input type="checkbox"/> 2 肢體表達 <input type="checkbox"/> 3 溝通輔具 <input type="checkbox"/> 4 無法表達 <input type="checkbox"/> 5 無法評估				
呼吸 (可複選)	<input type="checkbox"/> 1 自行呼吸 <input type="checkbox"/> 2 使用氧氣 <input type="checkbox"/> 3 使用侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 4 使用非侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 5 使用氣切管或 氣管內管插管 <input type="checkbox"/> 6 其他_____				
進食	<input type="checkbox"/> 1 由口進食 <input type="checkbox"/> 2 鼻胃管灌食 <input type="checkbox"/> 3 靜脈注射 <input type="checkbox"/> 4 其他_____				
排泄	<input type="checkbox"/> 1 自行排泄 <input type="checkbox"/> 2 需協助排泄 <input type="checkbox"/> 3 大小便失禁 <input type="checkbox"/> 4 存留導尿管 <input type="checkbox"/> 5 腸造口 <input type="checkbox"/> 6 其他_____				
皮膚狀況	<input type="checkbox"/> 1 完整 <input type="checkbox"/> 2 損傷(部位：_____大小：____ X ____ 等級：____ 類別： <input type="checkbox"/> 擦傷、割傷 <input type="checkbox"/> 術後傷口 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 其他慢性傷口：_____)				

本申請書自開立日起 30 日內有效，逾期不受理申請。

日常生活活動能力 (ADL)	總分：__分(細項如評估量表)
肌力	上肢(左：__分 右：__分)、下肢(左：__分 右：__分)
疾病史	
過敏史	
第三部分：收案評估	
收案來源	<input type="checkbox"/> 1 住院個案，轉介醫院代碼_____ <input type="checkbox"/> 2 非住院個案(病患或家屬自行申請) <input type="checkbox"/> 3 非住院個案(衛生局、社會局、長照管理中心等轉介病患)
收案條件	<input type="checkbox"/> 1 有明確醫療需求 <input type="checkbox"/> 2 外出就醫不便，原因： <input type="checkbox"/> 失能(ADL<60) <input type="checkbox"/> 疾病特性：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 3 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第1章居家照護收案條件 <input type="checkbox"/> 4 符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段之收案條件 <input type="checkbox"/> 5 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第3章安寧療護收案條件(續答末期病患主要症狀表) <input type="checkbox"/> 癌症末期 <input type="checkbox"/> 末期運動神經元 <input type="checkbox"/> 老年期及初老期器質性精神病態 <input type="checkbox"/> 其他大腦變質 <input type="checkbox"/> 心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 慢性氣道阻塞，他處未歸類者 <input type="checkbox"/> 肺部其他疾病 <input type="checkbox"/> 慢性肝病及肝硬化 <input type="checkbox"/> 急性腎衰竭，未明示者 <input type="checkbox"/> 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者 (條件1、2為必要條件)
照護階段	<input type="checkbox"/> 1 居家醫療 <input type="checkbox"/> 2 重度居家醫療 <input type="checkbox"/> 3 安寧療護(續答A~C) A. 疼痛評估(0-10)：_____ B. ECOG(0-4)：_____ C. 安寧緩和意願書或同意書簽署 病人姓名：_____ 申請人姓名：_____ 與病人關係：_____ 簽署日期：__年__月__日
其他照護需求評估	<input type="checkbox"/> 1 有到宅牙科醫療需求，轉介至_____ <input type="checkbox"/> 2 有長期照顧服務需求，轉介至_____
第四部分：醫囑	

疾病診斷	主診斷： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病名 _____ 次診斷1： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病名 _____ 次診斷2： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病名 _____ 次診斷3： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病名 _____
醫囑	<input type="checkbox"/> 更換鼻胃管：_____天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般塑膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 其他 _____；管徑大小：_____FR <input type="checkbox"/> 更換導尿管：_____天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般橡膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 其他 _____；管徑大小：_____FR <input type="checkbox"/> 更換氣切管：_____天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般塑膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 鐵製 <input type="checkbox"/> 4 其他 _____；管徑大小：_____mm <input type="checkbox"/> 腸造口 <input type="checkbox"/> 胃造口 <input type="checkbox"/> 膀胱造口 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 膀胱灌洗：_____天一次 <input type="checkbox"/> 傷口照護：_____天一次 <input type="checkbox"/> 尿液檢查：_____天一次，項目：_____ <input type="checkbox"/> 血液檢查：_____天一次，項目：_____ <input type="checkbox"/> 呼吸照護評估與治療：_____天一次 <input type="checkbox"/> 疼痛控制： <input type="checkbox"/> 1PCA <input type="checkbox"/> 2 其他 _____ <input type="checkbox"/> 其他處置： <input type="checkbox"/> 藥物處方：
照護計畫	照護期間：_____個月 訪視頻率： <input type="checkbox"/> 1 醫師_____週一次，主治醫師：_____，醫事機構名稱：_____ <input type="checkbox"/> 2 護理人員_____週一次，主責護理師：_____，醫事機構名稱：_____ <input type="checkbox"/> 3 呼吸治療人員_____週一次，主責呼吸治療師：_____，醫事機構名稱：_____ <input type="checkbox"/> 4 臨床心理師_____週一次 <input type="checkbox"/> 5 社工人員_____週一次
收案 醫事機構	名稱：_____ 代號：_____
照護團隊 代號	
申請日期	

個案(或代理人)簽章：_____

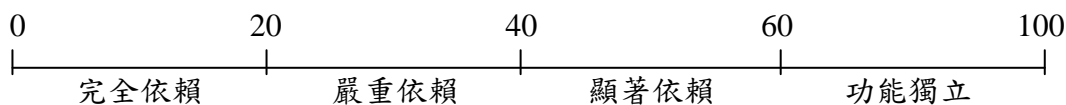
評估醫事人員簽章：_____

醫囑醫師簽章：_____

基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)

評估日期：_____年_____月_____日

項 目	分數	內 容 說 明
1. 進食	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	自己在合理時間(約 10 秒鐘吃一口)可用筷子取食眼前的食物。若需進食輔具時，應會自行穿脫。 需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。 無法自行取食或耗費時間過長。
2. 個人衛生	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可以自行洗手、刷牙、洗臉及梳頭。 需要他人部份或完全協助。
3. 上廁所	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可自行上下馬桶、穿脫衣服、不弄髒衣服、會自行使用衛生紙擦拭。 需要協助保持姿勢的平衡、整理衣服或用衛生紙。 無法自己完成。
4. 洗澡	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能獨立完成(不論是盆浴或沐浴)，不需別人在旁。 需別人協助。
5. 穿脫衣服	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能自己穿脫衣服、鞋子，自己扣釦子、上拉鍊或綁鞋帶。 在別人協助下，可自己完成一半以上的動作。 不會自己做。
6. 大便控制	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	不會失禁，能自行灌腸或使用塞劑。 偶爾會失禁(每週不超過一次)，需要他人協助使用灌腸或塞劑。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
7. 小便控制	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能自己控制不會有失禁，或能自行使用並清潔尿套、尿袋。 偶爾會失禁(每週不超過一次)或尿急(無法等待放好便盆或及時趕到廁所)或需要他人協助處理尿套。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
8. 平地行走	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	使用或不使用輔具，皆可獨立行走 50 公尺以上。 需他人稍微扶持或口頭指導才能行走 50 公尺以上。 雖無法行走，但可以操作輪椅(包括轉彎、進門及接近桌子、床沿) 並可推行輪椅 50 公尺以上。 完全無法自行行走，需別人幫忙推輪椅。
9. 上下樓梯	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可自行上下樓梯，可使用扶手、柺杖等輔具。 需他人協助或監督才能上下樓梯。 無法上下樓梯。
10. 移位	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	整個過程可獨立完成。 移動身體時需要稍微協助、給予提醒、安全監督。 可以自行坐起，但從床上坐起時或移動身體時需要他人協助。 不會自己移動。
總分		



末期病患主要症狀

<p>1. 癌症末期病患：</p> <p><input type="checkbox"/>高血鈣 <input type="checkbox"/>脊髓壓迫 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>出血 <input type="checkbox"/>腫瘤潰瘍 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐</p> <p><input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>急性精神壓力，如自殺意圖</p>
<p>2. 末期運動神經元病患：</p> <p><input type="checkbox"/>虛弱及萎縮 <input type="checkbox"/>肌肉痙攣 <input type="checkbox"/>吞嚥困難 <input type="checkbox"/>呼吸困難 <input type="checkbox"/>睡眠障礙 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水 <input type="checkbox"/>心理或靈性困擾</p> <p><input type="checkbox"/>分泌物及黏稠物 <input type="checkbox"/>低效型通氣不足 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水</p>
<p>3. 老年期及初老期器質性精神病態：</p> <p><input type="checkbox"/>CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：<input type="checkbox"/>病人沒有反應或毫無理解力 <input type="checkbox"/>認不出人 <input type="checkbox"/>需旁人餵食，可能需用鼻胃管 <input type="checkbox"/>吞食困難 <input type="checkbox"/>大小便完全失禁 <input type="checkbox"/>長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮</p> <p><input type="checkbox"/>病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：<input type="checkbox"/>電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態</p>
<p>4. 其他大腦變質：</p> <p><input type="checkbox"/>嚴重神經疾病如：<input type="checkbox"/>嚴重中風 <input type="checkbox"/>嚴重腦傷</p> <p><input type="checkbox"/>末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態 <input type="checkbox"/>末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者</p>
<p>5. 心臟衰竭：</p> <p><input type="checkbox"/>CHF NYHA stage III 或 IV - 休息或輕度活動時會喘 <input type="checkbox"/>原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>經常因嚴重心臟衰竭症狀住院 <input type="checkbox"/>因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者 <input type="checkbox"/>曾有心臟停止或心肺復甦術病史 <input type="checkbox"/>常有不明原因的昏厥 <input type="checkbox"/>心因性腦栓塞 <input type="checkbox"/>左心室射出分率$\leq 20\%$</p>
<p>6. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者：</p> <p><input type="checkbox"/>即使使用氧氣，然而$PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$、$PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$或$O_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ <input type="checkbox"/>$FEV_1 \leq 30\%$ of predicted</p> <p><input type="checkbox"/>FEV_1持續下降且速度每年大於40 ml <input type="checkbox"/>6個月內體重減少10%以上 <input type="checkbox"/>休息時心跳超過100/min <input type="checkbox"/>肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/>合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症</p>
<p>7. 肺部其他疾病：</p> <p><input type="checkbox"/>即使使用氧氣，然而$PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$、$PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$或$O_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ <input type="checkbox"/>$FEV_1 \leq 30\%$ of predicted</p> <p><input type="checkbox"/>FEV_1持續下降且速度每年大於40 ml <input type="checkbox"/>6個月內體重減少10%以上 <input type="checkbox"/>休息時心跳超過100/min <input type="checkbox"/>肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/>合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症</p>
<p>8. 慢性肝病及肝硬化：</p> <p><input type="checkbox"/>肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且(1)PT> 5 sec above control 或 INR> 1.5 (2)Serum albumin< 2.5 g/dl <input type="checkbox"/>PT> 5sec above control或INR> 1.5 <input type="checkbox"/>Serum albumin< 2.5g/dl <input type="checkbox"/>困難處理之腹水 <input type="checkbox"/>自發性細菌性腹膜炎 <input type="checkbox"/>肝腎症候群 <input type="checkbox"/>肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 <input type="checkbox"/>復發性食道靜脈瘤出血 <input type="checkbox"/>多重器官衰竭 <input type="checkbox"/>惡病質與消瘦</p>
<p>9. 急性腎衰竭，未明示者：</p> <p><input type="checkbox"/>已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 <input type="checkbox"/>病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>長期使用呼吸器 <input type="checkbox"/>嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 <input type="checkbox"/>惡性腫瘤末期患者 <input type="checkbox"/>因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者</p>

10. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者：

- 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病(CKD) 第4,5期病患(GFR <30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 長期使用呼吸器 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 惡性腫瘤末期患者 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者 其他：_____