勞工保險失能診斷書

辦 理 勞 保 失 能 給 付 應 注 意 事 項

1. 醫療院所於開具勞工保險失能診斷書後，請掣給被保險人「勞工保險失能診斷書逕寄勞工保險局證明書」，並將失能診斷書折疊裝訂，於 5 日內以掛號郵件寄送勞保局，所需郵資由勞保局支付。

2. 本失能診斷書依各失能種類須檢附病歷、檢查報告、X 光片、照片等，始得審定失能程度者，請被保險人逕向醫療院所洽取後，連同「勞工保險失能診斷書逕寄勞工保險局證明書」、「失能給付申請書及給付收據」交由投保單位蓋章後寄送勞保局，將可減少本局調取病歷等補件手續及時程，早日領取失能給付或得知審查結果。

3. 申請眼、耳、咀嚼吞嚥及言語機能、胸腹部臟器（機能失能）、脊柱、皮膚或上、下肢機能失能給付，依法應由地區教學醫院以上、行政院衛生署新制醫院評鑑優等以上、或新制醫院評鑑及新制教學醫院評鑑合格之全民健康保險特約醫院出具。但澎湖縣、金門縣、連江縣之被保險人不在此限。

4. 請醫師依病人病情或病歷診察相關資料，據實填載開具失能診斷書，勿循情而為不實、誇大虛偽之證明；至於診斷書所載內容是否符合失能給付標準附表，則由勞保局依相關法令規定認定。

5. 本表所載之失能部位及症狀，應以治療後，症狀固定，再行治療仍不能期待其治療效果而診斷為實際永久失能當時之症狀開具。

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，並按其領取給付處以 2 倍罰鍰，涉及刑責者，將移送司法機關辦理。

勞工保險局　處處關心您

勞工保險失能診斷書逕寄勞工保險局證明書

※本證明書由醫療院所填寫後交由被保險人收執，並由被保險人持本證明書連同失能給付申請書及給付收據、相關檢查報告等，逕洽投保單位辦理請領失能給付。

勞保被保險人姓名：_____

身分證統一編號：_____

出生日期：民國 _____年_____月_____日

失能部位：_____

本院開具上述被保險人之失能診斷書將逕寄勞工保險局，特此證明。

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

勞工保險失能診斷書

勞工保險局受理編號

◎請醫師開具診斷書前先行詳閱本表應注意事項及各項失能說明

姓名		出生日期	民國　年　月　日	身分證統一編號										
住址	□□□-□□	縣市	鄉鎮市區	村里	路街	段	巷弄	號	樓	連絡電話	住家：( ) 手機：			
自訴事項	傷病初發時間	年　月　日　時　分		傷病發生地點										
	傷病原因			曾就診之醫療院所名稱及時間										

造成失能之傷病及在本院之診療情形		
診斷失能之傷病名稱	國際疾病代碼	初診日期
		年　月　日　時　分
治療經過		住院診療期間
		自　年　月　日至　年　月　日 自　年　月　日至　年　月　日 自　年　月　日至　年　月　日 共住院_____次；目前是否仍住院診療中 □是 □否
與本次失能有關之病症及病史		門診診療期間
		自　年　月　日至　年　月　日 共門診：□10 次以下(_____次)　□10 次以上
失能部位	病歷號碼	最後一次 □手術 □放射(化學)治療 _____年_____月____日

本失能診斷書係依 □病患親自到診 □　年　月　日病歷　診斷出具

本診斷書所列失能症狀經本醫師親自診斷，特此證明

全民健康保險特約醫療院所名稱：_____

醫事機構代碼：_____電話：_____

開業執照：_____字第 _____ 號

地　　址：_____

院長（負責人）：_____簽章：_____

診斷醫師：_____簽章：_____

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

精神失能詳況及說明

說明：

1. 本失能應由精神科專科醫師依失能實況及影響生活與喪失工作能力等各項情形，於□打勾或加註文字說明；每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效。失智症者如由神經科診治，得由該專科醫師診斷出具。
2. 本項失能須經治療 2 年以上並經心理衡鑑或職能評估、「簡易智能狀態測驗（MMSE）」、「魏氏成人智力測驗(WAIS)」或「臨床失智評估量表（CDR）」等評估始可診斷。
3. 憂鬱症所致之精神失能，須經 3 線以上之抗憂鬱藥物治療後，仍遺存顯著失能者，始得診斷開具；申請時請加附最近 3 個月之「魏氏成人智力測驗」及「簡易智能狀態測驗」。
4. 失智症請加附最近 3 個月之「臨床失智評估量表」及「簡易智能狀態測驗」。

壹、精神失能：①未曾住院治療者 ②已達終身無工作能力者，均請附最近 2 年之病歷影本。

1. 外觀：□正常 □敵意 □神經質 □多疑 □不合作（可重複勾選）
2. 情感：□正常 □憂鬱 □緊張 □焦慮 □冷漠 （可重複勾選）
3. 行為：□正常 □激躁不安 □攻擊行為 □退縮行為 □自言自語（可重複勾選）
4. 思想：□正常 □妄想 □幻覺 □強迫意念 □自殺意念（可重複勾選）
5. 認知：□正常 □不認識親朋 □記憶思考能力喪失 □現實判斷力障礙（可重複勾選）
6. 職業、社交功能：

□經治療後，可恢復正常生活 □通常無礙勞動，但由醫學上可證明遺存精神失能

□功能退化，終身僅能從事輕便工作 □功能退化，終身無工作能力

7. 日常生活

□正常

□功能退化，僅能維持日常生活最基本的自我照顧能力

□功能退化，需他人照護，以維持日常生活最基本的自我照顧能力

□功能退化，需完全仰賴他人養護或需密切監護

8. 曾接受過治療種類

□住院（精神科急性病房）治療； 治療期間＿＿＿＿＿＿＿＿

□長期復健（精神科日間病房、慢性病房）治療；治療期間＿＿＿＿＿＿

□電氣痙攣治療；次數＿＿＿＿＿

【□是 □否】經 3 線以上之抗憂鬱藥物治療（請詳述與疾病相關之藥物種類，劑量與治療期間）

藥物名：＿＿＿＿＿＿劑量：＿＿＿＿＿ 治療期間：＿＿＿＿＿＿

藥物名：＿＿＿＿＿＿劑量：＿＿＿＿＿ 治療期間：＿＿＿＿＿＿

藥物名：＿＿＿＿＿＿劑量：＿＿＿＿＿ 治療期間：＿＿＿＿＿＿

9. 最近 3 個月檢測結果：MMSE 為＿＿＿＿分；WAIS 為＿＿＿＿分；CDR 為＿＿＿＿分。

10. 其他補充說明：

診 斷 永 久 失 能 日 期 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

神經失能詳況及說明

說明：

1. 本失能應由神經科、神經外科或復健科等專科醫師依失能實況及影響生活與喪失工作能力等各項情形，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. 本失能須經治療 6 個月以上始可認定；如經手術，須最後一次手術術後 6 個月以上始得認定
3. 失智症者失能詳況請填載於第 2 頁「精神失能詳況」欄；並請加附最近 3 個月之「臨床失智評估量表」及「簡易智能狀態測驗」。

貳、神經失能：

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. 呼吸狀態：□呼吸正常　□經常需借助氧氣器具輔助　□氣切需呼吸器輔助

3. 肢體肌力：分為 0~5 共六等級，請依其程度勾填下表。

		左側						右側						補充說明：
		5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	
上肢	肩	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
	肘	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
	腕/手	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
下肢	股	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
	膝	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
	踝	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	

4. 肢體痙攣：□正常　□有阻力　□僵硬

5. 平衡協調：□正常　□肢體失調　□軀幹失調

6. 巴金森氏症經藥物治療後之狀態(Modified Hoehn-Yahr Stage)

□第 0 級：沒有症狀

□第 1 級：單側之症狀

□第 2 級：輕微之兩側症狀，姿態平穩正常

□第 3 級：日常生活已受到一些限制，姿態稍微不平穩，不需他人協助

□第 4 級：可自行站立與慢慢行走，但大部分日常生活與工作有明顯限制

□第 5 級：若沒有人幫助，將完全依靠輪椅或終日臥床

（本項失能詳況內容未完，請續接第 4 頁）

7.行動能力：□可自力行走

□行動遲滯

□需扶杖行走

□自行操控輪椅代步

□需他人操控輪椅代步

□完全無法行動

8.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

9.工作能力：□正常　□通常無礙勞動，但由醫學上可證明遺存神經症狀

□終身僅能從事輕便工作　□終身無工作能力

10.攝食狀態：□自行進食　□暫時需人餵食　□永久需人餵食

□暫時鼻胃管灌食　□永久鼻胃管灌食

□暫時性胃造廔　□永久性胃造廔

11.言語狀態：□正常　□神經損傷致言語不清與溝通能力受損　□神經損傷致喪失言語與溝通能力

12.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

13.失能評估（Modified Rankin Scale）：

□第 0 級：沒有症狀

□第 1 級：除症狀外，無顯著失能，能執行所有日常活動

□第 2 級：輕度失能，無法執行之前所有活動，但能照料自己的事情不須協助

□第 3 級：中度失能，需要一些幫助，但能獨立行走不須協助

□第 4 級：中重度失能，無法不依賴協助而獨立行走及照料自身所需

□第 5 級：重度失能，臥床、失禁，需持續照護及注意

14.其他補充說明：

診 斷 永 久 失 能 日 期 _____年_____月_____日

眼、耳失能詳況及說明

說明：

（一）請醫師依失能實況填載；又每一填載處均應加蓋醫師章始為有效。

（二）眼失能：

1.「視力」之測定，應用萬國式視力表以矯正後視力為準，並以大寫數字填寫。

2.矯正後視力如僅能辨眼前手動或指數者，請填明若干公分可見手動或指數。

3.「失明」包括眼球喪失或摘出或僅能辨明暗或僅能辨眼前 1 公尺以內手動或眼前 5 公分以內指數者。

4.申請視力、視野失能者，須通過測盲（Malingering）檢查。

（三）聽覺失能：

本項失能檢測以 2 次純音聽力檢查(PTA)，其聽力頻率於 500Hz、1kHz 和 2kHz 之各檢測值均相差 10 分貝以內；較佳之一次純音聽力檢查(PTA)與聽性腦幹聽力檢查（ABR）或語言聽閾測試(SRT)之檢測數值相差 15 分貝以內，始具可信度。

參、眼失能：

※經測盲（Malingering）檢查結果：□正常通過　□異常

1.視力失能：

初診時視力				診斷失能時視力			
未矯正		矯正後		未矯正		矯正後	
右		右		右		右	
左		左		左		左	

2.其他眼失能症狀及程度：（請附最近 3 個月之相關檢查報告）

_____

肆、聽覺失能：

1.請附最近 3 個月內之二次純音聽力檢查（PTA）（二次測試應間隔 24 小時以上）、語言聽閾測試(SRT)及聽性腦幹聽力檢查（ABR）等報告。

2.平均閾值係以 500Hz、1kHz 和 2kHz 之閾值平均計算。

3.診斷失能時平均聽力閾值為 2 次 PTA 檢測結果，以較佳者為準。

4.純音聽力檢查(PTA)檢測結果：

來院初診日期：　　年　　月　　日			
初診時平均閾值		診斷失能時平均閾值	
右(R)	分貝	右(R)	分貝
左(L)	分貝	左(L)	分貝

5.聽性腦幹聽力檢查（ABR）檢測結果：右耳於_____分貝、左耳於_____分貝時有反應。

6.語言聽閾測試(SRT)檢測結果：右耳於_____分貝、左耳於_____分貝時有反應。

診 斷 永 久 失 能 日 期　_____年_____月_____日

口失能及頭、臉、頸部醜形失能詳況及說明

說明：請醫師依失能實況填載；又每一填載處均應加蓋醫師章始為有效。

（一）口失能：

1. 咀嚼、嚥下或言語機能失能須經最後一次手術後 6 個月以上始可認定；未經手術而以放射或化學治療者，於放射或化學治療終止後 6 個月以上始可認定。但全喉切除者不在此限。
2. 咀嚼機能失能，係專指由於牙齒損傷以外之原因（如頰、舌、軟硬口蓋、顎骨、下顎關節等之失能），所引起者。
3. 言語機能失能，係指由於牙齒損傷以外之原因引起之構音機能失能、發聲機能失能及綴音機能失能等。
4. 牙齒失能以遭受意外傷害致原生牙齒缺損五齒以上者為限。
5. 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」係指牙齒牙冠斷落二分之一以上，造成該牙齒咀嚼功能遺存顯著失能者而言。

（二）頭、臉、頸部醜形：

本項失能應以治療 1 年後始得進行判定；如經手術，須術後一年以上始得認定。

伍、咀嚼嚥下機能失能：未經手術治療者，請附最近 6 個月之病歷影本

□除流質食物（果汁、牛奶類）外，不能攝取或嚥下

□除粥、糊或類似之食物外，不能攝取或嚥下

□放射線或化學治療後，唾液減少，需佐以液體始能吞嚥

□因頭部外傷、顎骨周圍組織或舌之損傷引起味覺脫失

陸、言語機能失能：未經手術治療者，請附最近 6 個月之病歷影本

1. 不能構音之語音計有：
   □口唇音　□齒舌音　□口蓋音
   □喉頭音　□綴音機能遺存顯著失能
2. □全喉切除
3. 言語中樞損傷所致之失語症：
   □無法用語言或聲音與人溝通，表達或理解功能嚴重失能
   □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失能

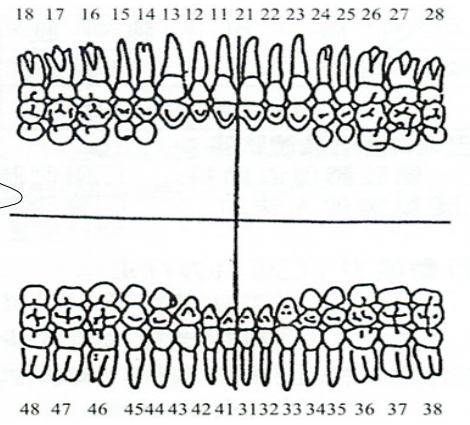
柒、牙齒失能：(請於右圖標示失能部位)

□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)

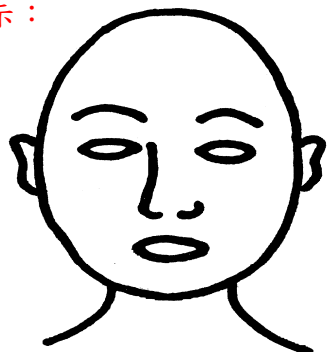


捌、頭、臉、頸部醜形：請附治療 1 年以上，症狀固定後之 4x6 近距離彩色照片（附量尺及拍攝日期），並於背面加註姓名及身分證統一編號。

□ 頭部或頸部、下頷部遺存直徑八公分(約不含五指之手掌大)以上之瘢痕

□ 顏面部遺存直徑五公分(約雞卵大)以上瘢痕，或八公分以上之線狀痕，或不同部分之線狀痕合計達十二公分以上，或直徑三公分以上之組織凹陷

請醫師繪圖標示：



診斷永久失能日期 _____年_____月_____日

胸腹部臟器失能詳況及說明

說明：

1. 請醫師依失能實況及影響生活與喪失工作能力等各項情形，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. 本項失能須經治療 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. 器質性失能項目或慢性腎衰竭長期透析治療之患者，應於器官切除出院之日或初次接受透析治療(洗腎)之日審定等級。
4. 膀胱機能失能需由泌尿科專科醫師認定。

玖、胸腹部臟器失能：

一、失能部位及症狀：

1. 心臟：請附最近 6 個月之病歷影本及最近 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

□符合心臟機能損害分類標準【□第一度、□第二度、□第三度、□第四度】

□曾住院接受【□未超過兩週、□兩週以上、□四週以上】的連續性機械輔助或靜脈注射強心藥物治療，而有無法控制之進行性慢性心臟衰竭

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

□冠狀動脈心臟病，有心肌梗塞病史或經冠狀動脈攝影術證實者

□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】以上之瓣膜異常（狹窄或逆流）者

□心肌疾病（擴大性、肥厚性、侷限性）經心臟超音波檢查證實者

□【□剝離、□非剝離性瘤直徑____公分】主動脈疾病，經適當影像學檢查結果證實有_____

□其他心臟血管疾病_____，【□經_____檢查證實、□經心臟專科醫師診斷】，評估與判定有相當程度之心臟功能失能。

□心臟移植

□其他 _____

※心臟機能損害分類標準：

①第一度之心臟機能損害：有心臟病，但無運動失能，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，且有輕度運動失能，在休息或輕工作時無症狀，但日常生活較重之工作時，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，且有重度運動失能，休息時無症狀，但稍有活動即有疲倦、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。

（本項失能詳況內容未完，請續接第 10 頁）

2. 肺臟：請附最近 6 個月之病歷影本、診斷失能當時之完整肺功能檢查報告（含吐氣流速容積曲線圖）及 X 光片

□需使用輔助氧氣治療（每天≥15 小時）　□需長期使用人工呼吸器（＞6 個月）

□肺功能檢查結果：

PAO_2：_____mmHg　　FVC：_____%　　FEV_1：_____%

FEV_1/FVC：_____%　　DLCO：_____%　　VO_2max：_____ml/kg.min

PAO_2：血氧分壓　　FVC：用力肺活量　　FEV_1：第 1 秒分時肺活量

DLCO：氣體交換、肺瀰散功能　　VO_2max：最高耗氧量

□ 肺臟移植

□ 塵肺症【□第一症度　□第二症度　□第三症度　□第四症度】

□ 其他_____

3. 肝臟：請附最近 6 個月之病歷影本及肝功能檢查報告（包括超音波及電腦斷層檢查）

□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）

(1) 總膽紅數　【□ 1 分　□ 2 分　□ 3 分】

(2) 血清白蛋白　【□ 1 分　□ 2 分　□ 3 分】

(3) 腹水　【□ 1 分　□ 2 分　□ 3 分】

(4) 肝腦病變　【□ 1 分　□ 2 分　□ 3 分】

(5) 凝血腖原時間（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】

□【□頑固難治性、□持續存在】之腹水

□【□二次（含）以上、□曾經】發生肝腦病變

□胃
□食道　靜脈瘤破裂出血

□經內視鏡檢查證明：【□胃有靜脈瘤　□食道有靜脈瘤】

□肝臟移植

□其他_____

Child-Pugh 肝功能失代償指標分項計分法：

計分 / 項目	1 分	2 分	3 分
總膽紅數	＜2	2 至 3	＞3
血清白蛋白	＞3.5	3.0 至 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 級或第 2 級	第 3 級或第 4 級
凝血腖原時間（比對照組延長秒數）或國際標準比值(INR)	＜4 秒 <1.7	4 至 6 秒 1.7 至 2.3	＞6 秒 >2.3

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

（本項失能詳況內容未完，請續接第 10 頁）

4. 胰臟：請附最近 6 個月之病歷影本（全切除者免附）

□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：請附最近 6 個月之病歷影本

□胃 全切除

□胃 切除_____%

6. 脾臟： □脾臟全切除

7. 腎臟： □左側 □右側 腎臟切除 腎臟完全喪失功能 □腎 □左側 □右側

□二側腎臟無機能終身定期作血液透析，第一次接受透析治療（洗腎）日期：_____

8. 腸：請附最近 6 個月之病歷影本

□大腸 □全切除 □切除_____%

□小腸切除_____%， 短腸症候群 □有 □無

9. 肛門：□做永久性人工造瘻(人工肛門) □肛門括約肌不全致大便失禁 □做臨時性人工造瘻(人工肛門)

10. 膀胱：□膀胱切除或機能完全喪失 □膀胱萎縮容量祇存 50 西西以下 □膀胱括約肌變化致尿失禁

11. 腎上腺素：□喪失兩側腎上腺，需終身補充荷爾蒙

12. 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

13. 生殖器：

男性 □喪失兩側睪丸 □陰莖大部分缺損或瘢痕等畸形

□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

□因放射線或化學治療致不能生育

女性 □割除子宮 □割除兩側卵巢 □左側 □右側 卵巢割除 □左側 □右側 輸卵管割除

□因放射線或化學治療致不能生育

14. 乳房：□雙側乳腺全部切除 □左側 □右側 乳腺全部切除 □左側 □右側 乳腺部分切除

15. 其他臟器機能失能或切除(請詳載臟器部位、名稱、遺存之失能或臟器切除後之失能程度)：

（本項失能詳況內容未完，請續接第 10 頁）

二、意識狀態：□正常　□遲鈍　□不清楚　□無意識狀態

三、呼吸狀態：□呼吸正常　□經常需借助氧氣器具輔助　□長期需呼吸器輔助

四、行動能力：□可自力行走

□行動遲滯

□需扶杖行走

□自行操控輪椅代步

□需他人操控輪椅代步

□完全無法行動

五、臥床狀態：□起臥正常

□臥床但可自行翻身

□臥床且無法自行翻身

六、工作能力：□正常

□由醫學上客觀證據可予證明，工作上確有明顯之阻害

□終身僅能從事輕便工作

□終身無工作能力

七、攝食狀態：□自行進食　□暫時需人餵食　□永久需人餵食

□暫時鼻胃管灌食　□永久鼻胃管灌食

□暫時性胃造廔　□永久性胃造廔

八、大小便情形：□尚可自理　□需人扶助　□完全無法自理　□失禁

九、沐浴更衣：　□尚可自理　□需人扶助　□完全無法自理

十、惡性腫瘤：　□經治療後已達緩解　□經治療後再復發　□已轉移(轉移部位及範圍：　　)

十一、其他補充說明：

診 斷 永 久 失 能 日 期 _____年_____月_____日

身體皮膚排汗失能、脊柱失能詳況及說明

說明：

（一）請醫師依失能實況於□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。

（二）身體皮膚排汗失能：

1. 本項鑑定時間，應於最後一次外科手術治療 1 年以上，始可認定；如未經手術者，須經治療 1 年以上始得認定。
2. 身體皮膚排汗失能者，係指外傷或燒燙傷或化學灼傷的影響引起功能失能，除頭、臉、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。

（三）脊柱失能：

1. 因脊髓壓迫而致四肢痲痺者，請於神經失能詳況欄勾填。
2. 測量運動範圍可活動角度，須在受測者確實配合下完成。
3. 脊柱須經 X 光片診斷，必要時請配合「肌電圖」或「核磁共振」檢查。
4. 「脊柱遺存顯著畸形」係指穿著衣服，由外部可以察知者；「脊柱遺存畸形」係指符合下列情況之一者：(1) 著衣時由外部不易察見，但脫衣後或由 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之明顯變形（含缺損）者。(2) 經手術切除棘狀突起三個以上者。
5. 上述「明顯變形」係指符合下列情況之一者：(1)單節椎體因骨折導致椎體高度喪失 50%以上者。(2)椎體滑脫 25%以上者(第一度以上)。(3)脊柱側彎 30 度以上者。(4)脊柱前傾(Kyphosis)50 度以上者。

拾、身體皮膚排汗失能：請檢附症狀固定後之 4x6 燒燙傷相片（附有量尺）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，得以圖畫說明替代相片。

1. 身體皮膚排汗功能喪失程度（不包括頭、臉、頸部之失能面積）：

   喪失_____%。（失能面積之計算，以一手掌大小約佔人體面積 1%為測量基準）

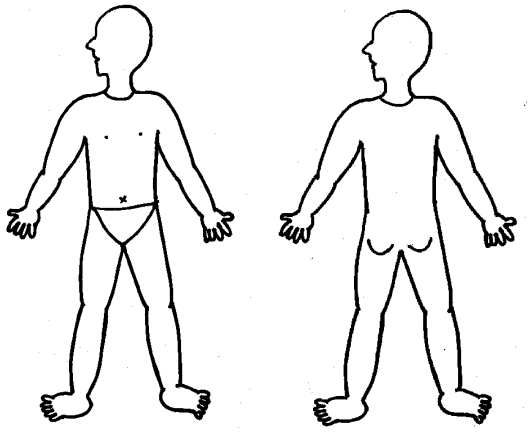
2. 外科手術：□無 □有，最後 1 次手術日期：_____

3. 身體皮膚排汗功能喪失程度逾 60%者：

   □終身僅能從事輕便工作

   □終身無工作能力

4. 本診斷書開具醫院是否設有整形外科或燒燙傷病房：□是 □否



拾壹、脊柱失能：①請附最近 3 個月之脊柱正、側面 X 光片（須打印被保險人姓名、身分證統一編號或出生日期及拍攝日期）；②脊柱遺存顯著畸形者，應加附穿著衣服所攝照片。

1. 經 X 光片診斷 □有 □無 明顯之 □骨折 □脫位 □_____病變

2. 脊柱自 □頸椎 □胸椎 □腰椎 第_____椎體至 □頸椎 □胸椎 □腰椎 第_____椎體共有 _____個椎節 _____個椎體 _____個椎間盤 □固定 □融合 □粘連

3. 主要運動範圍可活動度數：

   □頸椎：屈曲（前屈）_____度，伸展（後屈）_____度，活動範圍_____度

   □胸腰椎：屈曲（前屈）_____度，伸展（後屈）_____度，活動範圍_____度

4. □脊柱遺存顯著畸形。（請參考說明（三）之 4.）

   □脊柱遺存畸形。（請參考說明（三）之 4.5.）

診 斷 永 久 失 能 日 期 _____年_____月_____日

肢體缺損或機能失能詳況及說明

說明：

1. 肢體機能失能者，請醫師依失能部位將主要活動範圍度數填寫於可活動範圍度數表內；手指、腳趾缺損者，請繪圖標示失能部位；又每一勾填或繪圖處均應加蓋醫師章始為有效。
2. 運動限制之測定：以各關節之生理運動範圍為基準。機能（運動）失能原因及程度明顯時，採用自動運動之運動範圍，如有心因性因素，則以他動運動之可能運動範圍參考決定之。
3. 測量運動範圍可活動角度，須在受測者確實配合下完成。
4. 類風濕關節炎、痛風等所致之關節失能（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；申請前述關節失能者，須加附 X 光片及外觀照片。

拾貳、肢體缺損或機能失能：

1. 上肢殘缺（截肢）：

□左上肢
□右上肢　腕關節（含）以上截肢

□左上肢
□右上肢　肘關節（含）以上截肢

2. 下肢殘缺（截肢）：

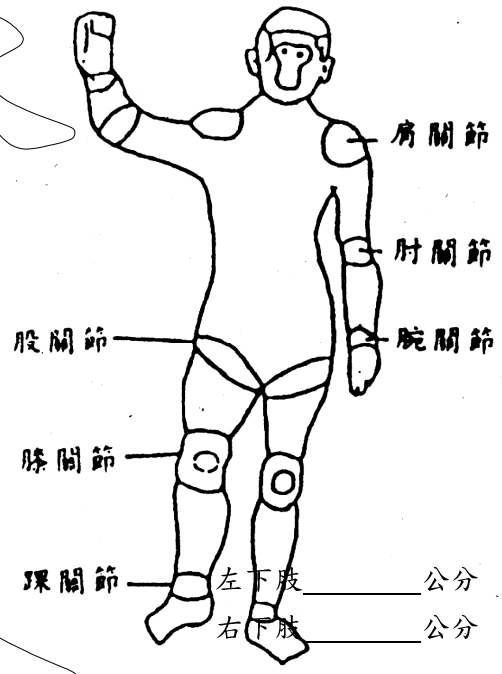
□左下肢
□右下肢　跗蹠關節（含）以上截肢

□左下肢
□右下肢　足關節（含）以上截肢

□左下肢
□右下肢　膝關節（含）以上截肢

3. 縮短失能（長短腳）

※ 上、下肢缺損(截肢)者，請依據 X 光片拍攝結果，於下圖標示失能部位



4. 上、下肢體各關節活動範圍度數表

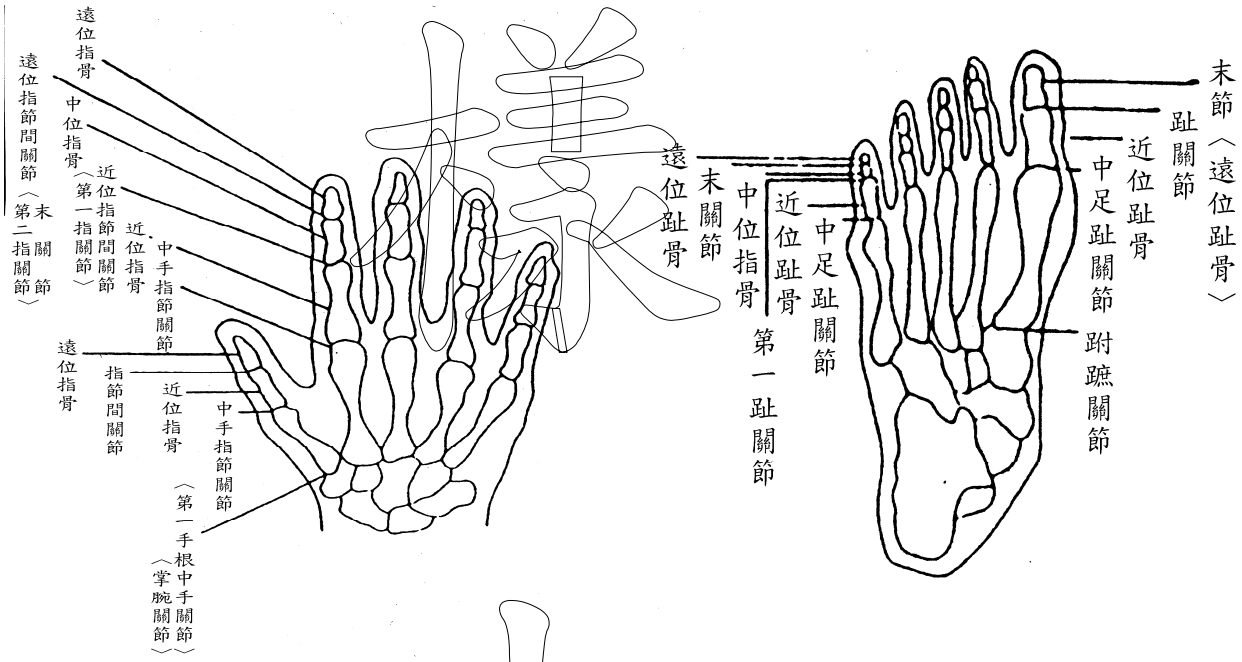
關節名稱	左右 肩關節	左右 肘關節	左右 腕關節	左右 髖關節	左右 膝關節	左右 踝關節
屈曲	前舉 度	度	掌屈 度	度	度	度
伸展	後舉 度	度	背屈 度	度	度	度
可活動度數	度	度	度	度	度	度

診 斷 永 久 失 能 日 期 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

5. 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	指節間關節		
食指						
中指						
無名指						
小指						

※手指、腳趾缺損(截肢)者，請依據 X 光片拍攝結果，於下圖標示失能部位



6. 腳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	趾關節		
第二趾						
第三趾						
第四趾						
第五趾						

拾參、其他失能（前列壹~拾貳項失能以外，身體遺存失能之失能詳況）：

診斷永久失能日期 _____年_____月_____日

裝　　訂　　線

寄件者：□□□-□□

縣　　鄉（鎮）
市　　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 1159 號

【掛　　號】

收件者：

勞工保險局給付處　　收

10013 臺北市中正區羅斯福路 1 段 4 號

【限醫療院所逕寄勞工保險失能診斷書使用】

對　　折　　線

勞工保險局
處處關心您

申請勞保現金給付，本局及投保單位均不收取任何費用，請自行向投保單位辦理，以免委託他人代辦被抽取佣金。

電話代表號：(02) 2396-1266
語音答詢服務專線：0800-078-777
網址：http://www.bli.gov.tw

裝　　訂　　線