

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段
488號

聯絡人：林小姐

聯絡電話：02-85906666 分機：7381

傳真：02-85907087

電子郵件：mdroxaanne@mohw.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國114年6月24日

發文字號：衛部醫字第1140124886號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

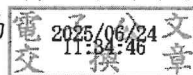
附件：如主旨 (A21000000I_1140124886_doc1_Attach1.PDF、
A21000000I_1140124886_doc1_Attach2.pdf)

主旨：轉知勞動部勞工保險局修正勞工保險(勞工職業災害保險)
失能診斷書部分欄位(如附件)，請協助轉知貴轄各醫療
機構配合辦理，請查照。

說明：依據勞動部勞工保險局114年6月10日保職失字第
11460137400號函辦理。

正本：地方政府衛生局

副本：中華民國醫師公會全國聯合會(含附件)、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合
會(含附件)、中華民國中醫師公會全國聯合會(含附件)、本部中醫藥司(含附
件)、本部口腔健康司(含附件)、勞動部勞工保險局



勞動部勞工保險局 函

地址：100232臺北市中正區羅斯福路1段4號

承辦人：陳小姐

電話：02-23961266#1310

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國114年6月10日

發文字號：保職失字第11460137400號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明三 (60137400A0D_ATTCH1. pdf)

主旨：為防制勞保黃牛，本局修正勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書部分欄位，惠請協助轉知各醫療院所配合辦理，共同維護被保險人失能給付權益，請查照。

說明：

- 一、近來偶有勞保代辦業者(即俗稱之勞保黃牛)以理賠顧問公司或專業代理人之名義，利用勞工資訊落差，從中招攬代辦申請保險給付並索取高額佣金，甚有佯裝較嚴重失能程度以詐領保險給付之情事，損害勞工權益及影響勞工保險制度。
- 二、為從源頭加強管理，防杜勞保黃牛及不法情事，本局已修正「勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書」部分欄位，增列「是否有非家屬人員陪同病患到診」之勾填項目，請惠予協助轉知各級醫療院所所屬醫師於開立失能診斷書時，確實勾選本次新增之欄位，俾利本局判斷是否有疑似代辦介入，適時提醒勞工注意自身權益。
- 三、檢附勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書(樣本)供參。



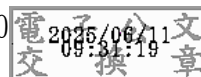
總收文 114.06.11



1140124886

正本：衛生福利部

副本：勞動部勞工保險局職業災害給付組失能給付科*1310



裝

訂



線



勞工保險 失能診斷書

勞工職業災害保險

應 注 意 事 項

- 1** 醫療院所於開具失能診斷書後，請掣給被保險人「勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書逕寄勞動部勞工保險局證明書」，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(勞工職業災害保險)失能診斷書逕寄勞動部勞工保險局證明書」、失能給付(津貼/補助)申請書交由投保單位蓋章後寄送勞保局(未加保中者可自行寄送)，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(津貼/補助)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，其開具醫院依法應符合下列資格之一之全民健康保險特約醫院：①經衛生福利部醫院評鑑為優等以上、②經衛生福利部醫院評鑑為合格之醫學中心或區域醫院、③經衛生福利部醫院評鑑及教學醫院評鑑合格之醫院。但澎湖縣、金門縣、連江縣等離島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** 本失能診斷書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改善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(津貼/補助)者，除須追還溢領之給付(津貼/補助)外，並按其領取給付(津貼/補助)處以 2 倍罰鍰，涉及刑責者，將移送司法機關辦理。

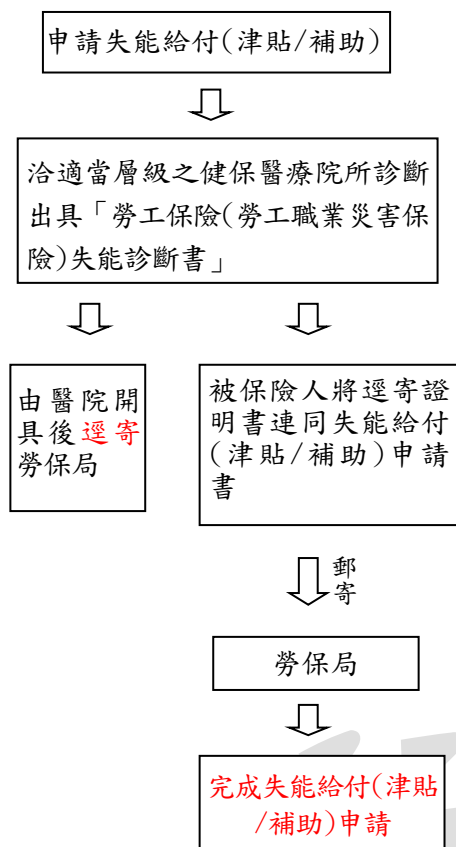


勞動部勞工保險局

BUREAU OF LABOR INSURANCE, MINISTRY OF LABOR

勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書逕寄勞動部勞工保險局證明書

※被保險人申請失能給付(津貼/補助)流程說明



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(津貼/補助)申請書、相關檢查報告等，逕洽投保單位辦理請領失能給付(津貼/補助)。(未加保中者可自行辦理)

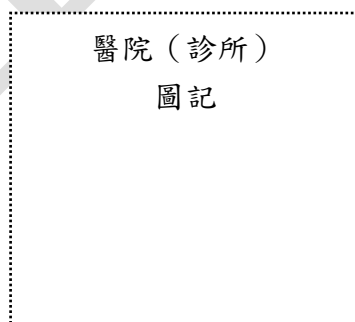
被保險人姓名：_____

身分證統一編號：_____

出生日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本院開具上述被保險人之失能診斷書將逕寄
勞動部勞工保險局，特此證明。

醫療院所名稱：_____



中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

請沿此虛線撕下

※失能年金個別化專業評估機制流程說明

1. 勞工保險：

被保險人如申請失能年金給付，經勞保局審查失能程度符合**第1至7等級**，已無法返回職場，惟不符合「終身無工作能力」項目者，勞保局洽調醫院病歷，並另函請被保險人補具職業別及工作內容說明

勞保局將蒐集之上述評估資料交由受委託醫院指派評估醫師會同專科醫師、物理治療師、職能治療師、臨床心理師或語言治療師等專業人員組成團隊，評估被保險人之工作能力

評估結果工作能力
減損達70%以上者

核發失能年金給付
並自診斷永久失能
之日退保

評估結果工作能力
減損未達70%者

核發失能一次金
給付

2. 勞工職業災害保險：

被保險人如申請失能年金，經勞保局審查失能程度符合**第1至9等級**，非屬「終身無工作能力」之失能項目者，勞保局洽調醫院病歷，並另函請被保險人補具職業別及工作內容說明

勞保局將蒐集之上述評估資料交由受委託醫院指派評估醫師會同專科醫師、物理治療師、職能治療師、臨床心理師或語言治療師等專業人員組成團隊，評估被保險人之工作能力

工作能力減損達
70%以上，且無
法返回職場者

核發嚴重失能年
金並自診斷永久
失能之日退保

工作能力減損
達50%以上者

核發部分失能
年金

工作能力減損
未達50%者

核發失能一
次金給付

勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書

勞動部勞工保險局受理號碼

◎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		年	月	日	身分證(居留證 或護照號碼)								
住址	縣 鄉鎮 村 路 街 巷 弄 號 樓		市 區 里		聯絡 電話		住家：() 手機：							
自述 事項	傷 初 發 時 間		年		月		日		時		分		傷 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 (ICD-10)			初 診			日			期		
						年			月			日 時 分		
治 療 經 過			住 院 診 療 期 間 (住院超過 3 次以上者，請填寫最後 3 次期間)											
			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		與失能部位相關之最後一次：										
				☐ 手術日期 年 月 日										
				(手術名稱：)										
				☐ 放射(化學)治療日期 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														
【 ☐ 是 ☐ 否】有「非」家屬人員陪同病患到診														
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 ☐急躁不安 ☐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：

經評估後☐符合 ☐不符合 症狀固定，永久失能
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，但不需要拐杖輪椅等輔助工具

☐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

☐暫時性胃造瘻

☐永久性胃造瘻

11. 大小便情形：☐尚可自理 ☐需人扶助 ☐完全無法自理 ☐失禁

12. 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

13. 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

14. 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

15. 因腦疾、創傷或失智症等所致之認知功能失能者，最近 3 個月檢測結果：

MMSE 為_____分；WAIS 為_____分；CDR 為_____分。

16. 其他補充說明：

經評估後 ☐符合 ☐不符合 症狀固定，永久失能
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」**；另視野失能應依最近 3 個月內「**以視神經及黃斑部為中心之眼底神經盤照片**」、「**視野圖**」予以診斷。

(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。**

叁、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。

經評估後 ☐符合 ☐不符合 症狀固定，永久失能
診斷永久失能日期 _____年____月____日

口失能及頭、臉、頸部缺損失能詳況及說明

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、吞嚥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。但全喉切除所致之言語機能失能者不在此限。
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. 言語中樞損傷以外之言語機能失能，係指非因牙齒損傷所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 2 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、頸部缺損：

本項失能應以治療 1 年後始得進行判定；如經手術，須最後一次手術後 1 年以上始得認定。

伍、咀嚼吞嚥機能失能：須經吞嚥復健評估始可診斷。

- ☐ 除流質食物（果汁、牛奶類）外，不能攝取或吞嚥
- ☐ 除粥、糊或類似之食物外，不能攝取或吞嚥
- ☐ 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完全喪失

陸、言語機能失能：除全喉切除外，須經語言復健評估始可診斷。

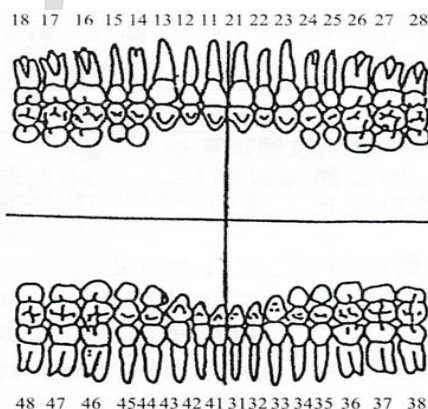
1. 不能構音之語音計有：（可複選）
☐ 雙唇音 ☐ 唇齒音 ☐ 舌尖音 ☐ 舌根音 ☐ 舌面音
☐ 舌尖後音 ☐ 舌尖前音 ☐ 綴音機能遺存顯著失能
2. ☐ 全喉切除
3. 言語中樞損傷所致之失語症：
☐ 無法用語言或聲音與人溝通，表達或理解功能嚴重失能
☐ 語言理解、表達、說話清晰度、流暢性或發聲有困難，表達或理解功能輕度失能

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

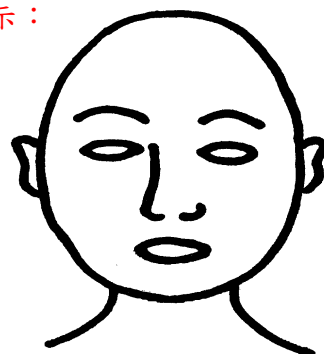
(2) 原生牙齒牙冠斷落二分之一以上之齒數
 _____ 顆（不含完全脫落或拔除者）



捌、頭、臉、頸部缺損：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。

- ☐ 頭部遺存直徑 8 公分以上面積之瘢痕
- ☐ 頸部、下頷部遺存直徑 8 公分以上面積之瘢痕
- ☐ 顏面部遺存 ☐ 直徑 5 公分以上面積之瘢痕
☐ 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 公分以上之組織凹陷

請醫師繪圖標示：



經評估後 ☐ 符合 ☐ 不符合 症狀固定，永久失能
 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，須最後一次手術後6個月以上始得認定；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，應於器官切除或移植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
- ☐心室輔助器植入
- ☐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：【檢查日期： 年 月 日】

PaO₂：_____ mmHg FVC：_____ % FEV₁：_____ %

FEV₁/FVC：_____ % DLCO/VA：_____ % VO₂max：_____ ml/kg.min

PaO₂：動脈血氧分壓

FVC：用力肺活量

FEV₁：第 1 秒分時肺活量

DLCO/VA：氣體交換，肺瀰散功能/受 VA 肺泡容量矯正

VO₂max：最高耗氧量

☐ 肺臟移植

☐ 塵肺症 X 光照片影像

分布及密度	疏	密	極密
圓形陰影大小	p	q	r
不規則陰影	s	t	u
大陰影大小	A	B	C
其他影像特徵			

☐ 其他 _____

3. 肝臟：請附最近 6 個月之肝功能檢查報告（包括超音波及電腦斷層檢查）【檢查日期： 年 月 日】

☐ 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) 總膽紅素 【☐ 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】

☐ 【☐頑固難治性 ☐持續存在】之腹水 ☐無腹水

☐ 【☐二次（含）以上 ☐曾經】發生肝腦病變 ☐未曾發生肝腦病變

☐ 合併門脈高壓且內視鏡檢查證明：

【☐胃有靜脈瘤 ☐食道有靜脈瘤】 ☐無靜脈瘤

☐ 靜脈瘤破裂出血 【☐胃 ☐食道 ☐無】

☐ 靜脈曲張破裂出血 【☐胃 ☐食道 ☐無】

☐ 肝臟移植

☐ 其他 _____

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
總膽紅素	< 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 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 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： ☐ 胰臟全切除

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

5. 胃： ☐ 胃全切除 ☐ 胃切除 _____ %

6. 脾臟： ☐ 脾臟全切除

7. 腎臟： ☐ 左側 ☐ 左側 腎臟切除 ☐ 右側 腎臟完全喪失功能 ☐ 腎臟移植
☐ 右側

☐ 二側腎臟無機能終身定期作血液透析，初次接受定期透析治療（洗腎）日期： _____，

目前每週接受血液透析次數： _____ 次

8. 腸： ☐ 大腸 ☐ 全切除
☐ 切除 _____ %

☐ 小腸切除 _____ %， ☐ 有 短腸症候群
☐ 無

9. 肛門：☐ 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：☐ 膀胱切除或機能完全喪失， ☐ 有 裝置永久性人工膀胱
☐ 無

☐ 膀胱萎縮容量祇存 50c. c. 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：☐ 喪失兩側睪丸 ☐ 左側 睪丸喪失 ☐ 陰莖大部分缺損或癍痕等畸形，致性行為不能
☐ 右側

☐ 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

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

☐ 因癍痕致陰道口狹窄，陰莖不可能插入，致性行為不能 ☐ 因放射線或化學治療致喪失機能

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

(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

☐暫時性胃造瘻

☐永久性胃造瘻

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)或其他補充說明：

經評估後 ☐符合 ☐不符合 症狀固定，永久失能
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. 身體皮膚排汗失能者，係指外傷或燒燙傷或化學灼傷或手術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麻痺者，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 3 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(第二度以上)。(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（附有量尺及拍攝日期）為佐證，
 但由設有整形外科或燒燙傷病房之適當層級醫院醫師開具診斷書者，得以圖畫說明替代相片。

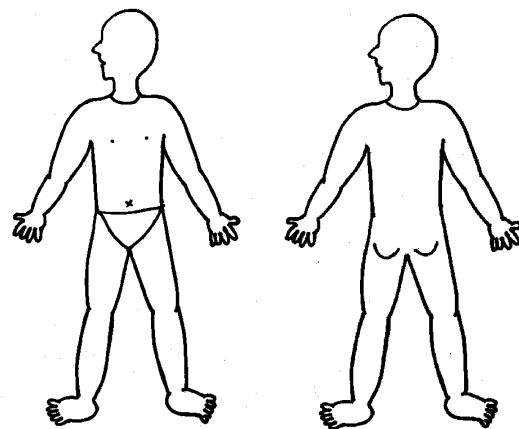
1. 身體皮膚排汗功能喪失程度（不包括頭、臉、頸部之失能面積）：
 喪失_____%。（失能面積之計算，以一手掌大小約佔人體面積 1% 為測量基準）

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 ☐頸椎 ☐第_____椎體至 ☐胸椎 ☐第_____椎體共有 _____個椎節 ☐固定
☐胸椎 ☐胸椎 ☐第_____椎體共有 _____個椎體 ☐融合
☐腰椎 ☐腰椎 ☐第_____椎體共有 _____個椎間盤 ☐粘連
☐薦椎 ☐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，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）

經評估後 ☐符合 ☐不符合 症狀固定，永久失能
 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(足趾)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。
5. 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。

拾貳、肢體缺損或機能失能：

1. 上肢缺損(截肢)：

- ☐ 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 跗蹠關節(含)以上截肢
☐ 右下肢
- ☐ 左下肢 足關節(含)以上截肢
☐ 右下肢
- ☐ 左下肢 膝關節(含)以上截肢
☐ 右下肢

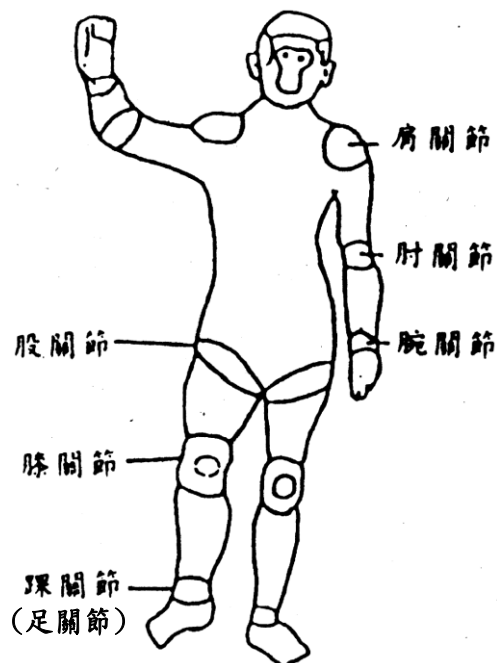
3. 縮短失能(長短腳)

左下肢 _____ 公分
 右下肢 _____ 公分

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 腕關節	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

※ 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

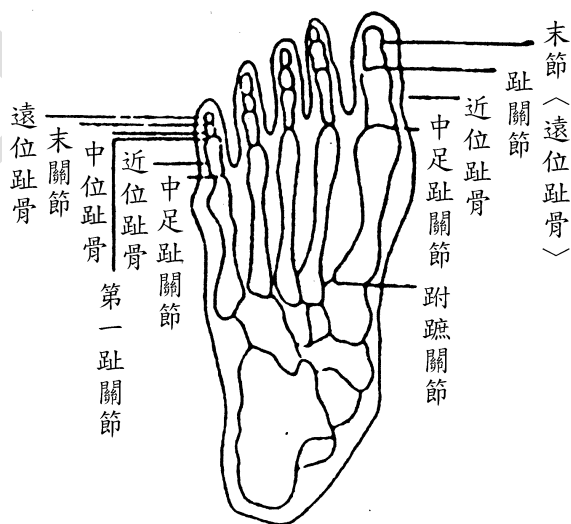
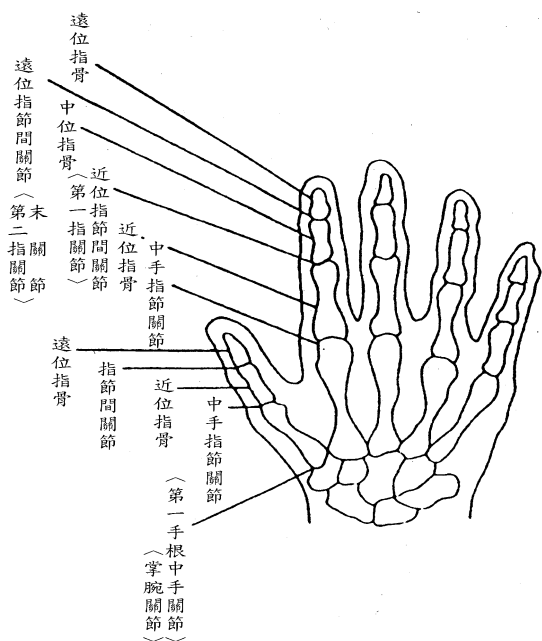


經評估後 ☐ 符合 ☐ 不符合 症狀固定，永久失能
 診斷永久失能日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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）：

經評估後 ☐ 符合 ☐ 不符合 症狀固定，永久失能
診斷永久失能日期 年 月 日

寄件者：

-縣
市鄉（鎮）
市（區）

廣告回信

台北郵局登記證

台北廣字第04678號

路（街） 段 巷 弄 號 樓之

收件者：

【掛 號】

勞動部勞工保險局職業災害給付組 收

100232 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（勞工職業災害保險）失能診斷書使用】

對

折

線



勞動部勞工保險局

BUREAU OF LABOR INSURANCE, MINISTRY OF LABOR

處處關心勞工朋友

申請勞工保險（勞工職業災害保險）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

網址：<https://www.bli.gov.tw>