107.08.26修訂

附件一

社團法人中華民國肌萎縮症病友協會
咳痰機借用申請表

申請日期: 年 月 日

基本資料	姓　名		生　日	年　月　日
	疾病名稱		聯絡人	
	現　址		聯絡電話	(日) (夜) (手機)

生理狀況(請簡述)

檢附文件:(以下檢附其中一項即可)

□醫事專業人員開立之診斷證明影本【醫事專業人員泛指醫療相關人員，包括醫生、居家護理師、呼吸治療師等，並需在診斷證明上蓋上隸屬單位之大章。】

□自行使用危險自付切結書

本人已詳閱「居家使用咳痰機借用辦法」，並同意遵守相關規定，絕無異議，特此切結聲明。切結人:_____(簽章)

社工評估與建議	針對目前病友狀況訪查，提出分析及建議。(作簡單扼要說明)
秘書長/主任審核意見	□ 通過，借用期限:__年__月__日至__年__月__日止。 原因: □ 不通過，原因:

注意事項:

1. 若借用人已不需使用該借用物品，請儘速歸還本會，以利他人借用。
2. 醫療器材運送需由借用人自行負擔。
3. 費用:咳痰機使用教學、耗材、運輸等服務需支付費用1500元，給予提供本服務之合作醫療單位或廠商;若借用人不需使用教學與耗材，則僅需支付運輸費用，本項運輸費用為實支實付。。
4. 此醫療器材係重要資源，請借用人尊重並愛惜本物品，以免影響其他人借用之福利，請善盡保管維護之責，於借用時間損壞，保固期內廠商負責修復，但若為人為使用不當，需由病友家庭自行負擔維修費用;保固期外協會以協助一次檢修為原則(非人為因素)，之後若有故障將由使用病友自行負擔維修所需費用。

5. 本醫療器材不當使用方式將導致身體相當危害，借用時請詳細詢相關專業人士正確使用方式。

秘書長/主任 ：　　社工員：

(請加註日期)　　(請加註日期)

附件二

切結書

病友（本人）_____對社團法人中華民國肌萎縮症病友協會規定之「居家使用咳痰機申請借用辦法」已詳盡閱讀並清楚瞭解其規定，同意前項規定並將確實遵守，且確認因本人自認需使用咳痰機，若於咳痰機借用期間發生任何損及本人之風險，均由本人自行負責。以上自民國　年　月　　日起生效，並放棄先訴抗辯權。本人在簽立本切結書時，若未年滿二十歲，須請法定代理人為同意簽屬。

特此切結

受切結人：社團法人中華民國肌萎縮症病友協會

連絡地址：高雄市三民區九如一路58號3樓之3

連絡電話：（07）3801000

◎ 請勾選，立切結書人：

□病友本人(滿二十歲)

□法定代理人

立切結書人:_____ ，身分證字號:

聯絡住址:_____，電話:_____

中華民國　　年　　月　　日