

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：26

輔具項目名稱：人工電子耳(含術後聽能語言復健計畫書)

一、基本資料

1.姓名：	2.身分證字號：	3.生日：	年	月	日
4.聯絡人姓名：	與個案關係：	聯絡電話：			
5.戶籍地址：					
6.居住地址(□同戶籍地)：					
7.聯絡(公文寄送)地址(□同戶籍地 □同居住地)：					
8.是否領有身心障礙證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
9.身心障礙類別(可複選)： <input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 第四類 <input type="checkbox"/> 第五類 <input type="checkbox"/> 第六類 <input type="checkbox"/> 第七類 <input type="checkbox"/> 第八類 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
10.身心障礙等級分級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度					

二、術前評估

- 人力支持情況(可複選)：獨居 有同住者 有專業人力協助：_____ 其他：_____
- 聽力損失病史：
 - 發現聽力損失年齡：_____歲_____個月(_____年_____月_____日發現)
 - 發現感覺神經性聽力障礙病史至今：5年(含)以內 超過5年
 - 聽力損失發生原因：先天性 後天性，原因：_____
 - 術前接受聽語訓練：有，服務單位：_____ (_____年_____月)
其他：_____
- 目前使用的右耳聽覺輔具(尚未使用者免填)：
 - 輔具種類：助聽器 人工電子耳 電聲雙刺激(EAS) 其他：_____
 - 廠牌：_____，型號：_____
 - 初配日期：_____年_____月_____日
 - 是否中斷使用：是，_____年 否
- 目前使用的左耳聽覺輔具(尚未使用者免填)：
 - 輔具種類：助聽器 人工電子耳 電聲雙刺激(EAS) 其他：_____
 - 廠牌：_____，型號：_____
 - 初配日期：_____年_____月_____日
 - 是否中斷使用：是，_____年 否
- 其他目前使用的聽覺輔具配置方式及使用情形：_____

6. 術前言語可懂度分級(Speech intelligibility rating, SIR)：

分級	判別標準	評估結果 (請擇一勾選)
5	一般人可以輕易聽懂個案日常對話的內容	
4	聽者只要有稍微接觸過聽損者的經驗，就可以聽懂個案的溝通語言	
3	聽者在專心和讀唇下，可以聽懂個案的溝通語言	
2	整體而言，個案語言表達無法讓聽者理解，但在了解談話內容和讀唇提示下，聽者可以了解對話當中的一些單音	
1	個案只有一些無法辨識的語音或發音，主要溝通方式為手語或手勢	

※資格條件：3分(含)以上

7. 人工電子耳手術前之聽力評估：

(1)裸耳純音聽力檢查結果，可信度：一致 不一致

單位：分貝(dB HL)

閾值/頻率 測驗耳	250 Hz	500 Hz		1,000 Hz		2,000 Hz		4,000 Hz	
	ACT	ACT	BCT	ACT	BCT	ACT	BCT	ACT	BCT
右耳									
左耳									

右耳氣導聽閾平均值：_____分貝 (500 Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

左耳氣導聽閾平均值：_____分貝 (500 Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

※縮寫說明：ACT 氣導閾值、BCT 骨導閾值

※未施測及無法施測之欄位以「DNT」及「CNT」填寫

※儀器最大輸出施測仍無行為反應之欄位，填寫最大施測音量並加註「NR」文字

(2)助聽後語音聽力檢查結果：

	聽辨閾值(SRT)	最適音量之字詞辨識率 (WDS @ MCL)	
右耳	dB HL	% @	dB HL
左耳	dB HL	% @	dB HL

(3)鼓室圖檢查結果：

右耳：無 A型 B型 C型 As型 Ad型；中耳炎病史：無 有

左耳：無 A型 B型 C型 As型 Ad型；中耳炎病史：無 有

(4)聽性腦幹反應檢查結果(Tone burst 或 Click ABR)：

	500 Hz	1,000 Hz	2,000 Hz	4,000 Hz	click	
右耳	_____分貝	_____分貝	_____分貝	_____分貝	_____分貝	<input type="checkbox"/> 大於 90 分貝
左耳	_____分貝	_____分貝	_____分貝	_____分貝	_____分貝	<input type="checkbox"/> 大於 90 分貝

8. 人工電子耳手術前之理學檢查及影像學評估(由醫師填寫，電腦斷層和核磁共振檢查至少擇一執行)：

(1)耳部外觀：外耳道(正常 異常：_____)、耳膜(正常 異常：_____)

(2)電腦斷層：中耳腔(正常 異常：_____)、耳蝸(正常 異常：_____)、
聽神經骨管(正常 異常：_____)

(3)核磁共振：耳蝸(正常 異常：_____)、聽神經(正常 異常：_____)、
腦部(正常 異常：_____)

9. 人工電子耳手術前之語言治療評估(由語言治療師評估)：

(1)溝通評估：

- A. 溝通模式評估：聽覺及口語 讀唇及口語 手語 讀寫 全溝通法 其他：_____
- B. 溝通修補策略：良好 稍差 尚可 不佳 極差

(2)口語理解評估：

A. 封閉式

- 詞彙理解：良好 稍差 尚可 不佳 極差
- 語句理解：良好 稍差 尚可 不佳 極差

B. 開放式

- 詞彙理解：良好 稍差 尚可 不佳 極差
- 語句理解：良好 稍差 尚可 不佳 極差

(3)口語表達評估：

- A. 表達能力：良好 稍差 尚可 不佳 極差
- B. 語句表達：有 無
- C. 嗓音：音質良好 稍差 尚可 不佳 極差
音量太大 大 剛好 小 太小
- D. 流利度：正常 語暢異常 無
- E. 構音評估：子音正確率(PCC)=_____%
- F. 清晰度：正常 有構音問題但不影響清晰度 有構音問題且影響清晰度
無表達能力

10. 人工電子耳手術前之社會心理評估(由社工師評估)：

(1)家庭評估：

A. 家庭圖：

B. 家庭動力評估：

- (a)主要決策者：本人 配偶 子女 父 母 手足 其他：_____
- (b)家庭的決策方式：家庭討論 主要決策者決定 其他：_____
- (c)主要決策者對手術的支持度：高度支持 支持 猶疑中 不支持
- (d)到場家屬的互動觀察：熱絡 冷漠

(2)個案現況：

- 生活作息：規律 不規律
- 就業中：是，職業：_____ 接受職業訓練中 否
- 就學中：是，學校：_____ 非學校型態實驗教育 否
- 是否能獨立照顧聽覺輔具：是 否

(3) 協同照顧能力評估(無協同照顧者免填)：

協同照顧者(稱謂)：_____

對已有聽覺輔具的照顧方式、聽力損失以及聽能語言復健的態度：可配合 無配合意願
替代照顧人力安排：有 無

(4) 社會資源評估：

A. 政府補助：無 有，來源：_____B. 連結民間資源申請：無 有，來源：_____

C. 其他(含親屬協助)：_____

(5) 對人工電子耳認知：

A. 了解手術的原因：是 否B. 核對電子耳的認知：非常了解 部分了解 不了解

C. 對手術期待術後須達到何種聽說能力的期待：_____

11. 人工電子耳手術前之精神狀態評估(由耳鼻喉科醫師填寫，必要時會診精神科醫師)：

不需會診需進一步評估：_____

(1) 精神科醫師評估結果：_____

是否需轉介臨床心理師評估：需要 不需要

(2) 臨床心理師評估(請擇一評估)：

A. 心智功能評估(智能評估、發展評估、腦部病變或傷損、廣泛性認知功能、高階認知功能，以及適應功能)

(a) 評估項目(請擇一評估)：智能/發展評估 廣泛性認知功能/腦部病變或傷損評估
高階認知功能 適應功能 其他：_____

(b) 使用工具/量表(自選)：_____，指標分數：_____

(c) 結果摘要：_____

(d) 追蹤：不需要 需要，立即 _____(月/年)後追蹤

B. 心理社會調適功能(情緒與社會發展、社會人際適應、情緒調節、自我概念與認同)

評估項目(請擇一評估)：情緒與社會發展評估 社會人際適應/情緒調節評估
自我概念與認同 其他：_____結構式晤談 使用工具/量表(自選)：_____，指數：_____

結果摘要：_____

追蹤：不需要 需要，立即 _____(月/年)後追蹤

C. 精神狀態與危機心理評估(壓力評估、急慢性精神狀態、危機衡鑑)

評估項目(請擇一評估)：壓力評估/危機衡鑑 急慢性精神狀態評估結構式晤談 使用工具/量表(自選)：_____，指數：_____

結果摘要：_____

追蹤：不需要 需要，立即 _____(月/年)後追蹤

12. 其他：_____

三、評估結果【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】(由手術醫師填寫)

1. 術前評估結果：

不建議手術；理由：_____

建議手術，說明：_____

2. 其他：_____

評估單位：_____

耳鼻喉科醫師：_____ 評估日期：_____

聽力師：_____ 評估日期：_____

語言治療師：_____ 評估日期：_____

社工師：_____ 評估日期：_____

精神科醫師：_____ 評估日期：_____

心理師：_____ 評估日期：_____



輔具評估報告格式編號：26輔具項目名稱：人工電子耳附件 術後聽能語言復健計畫書

術後聽語復健計畫執行內容(由個案進行術後聽語復健之醫療院所或機構填具)：

此次術後聽語復健計畫期程：自____年____月起至____年____月止，計____個月

預期個案復健期程需____個月，未來將視個案之狀況再行調整。

項目	內容	評估者簽章	填表日期
人工電子耳 調圖(Mapping) 聽力檢查暨 聽能復健			
語言及溝通			
其他			

申請人(監護人)簽章：_____

醫療院所/機構(戳章)：_____

(不同單位填具該表時，請分別核章)

醫療院所/機構電話：_____

醫療院所/機構住址：_____

填表日期：____年____月____日