

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：04

輔具項目名稱：電動代步車

一、基本資料

1. 姓名：	2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 國民身分證統一編號：	4. 生日： 年 月 日
5. 戶籍地： 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
6. 聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地(下列免填) 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
7-2. (舊制)身心障礙手冊類別： <input type="checkbox"/> 肢體障礙： <input type="checkbox"/> 上肢(手) <input type="checkbox"/> 下肢(腳) <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 聲音或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 顏面損傷者 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神病患者 <input type="checkbox"/> 頑性(難治型)癲癇症 <input type="checkbox"/> 多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____ <input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙 <input type="checkbox"/> 其他經中央主管機關認定之身心障礙類別： <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 先天代謝異常 <input type="checkbox"/> 其他先天缺陷	
7-3. (新制)身心障礙分類系統： <input type="checkbox"/> 神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能 <input type="checkbox"/> 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 泌尿與生殖系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 皮膚與相關構造及其功能	
8. 障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	
9. 聯絡人：姓名： 與身心障礙者關係： 聯絡電話：	
10. 居住情況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與親友同住 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 其他：_____	

二、使用評估

- 使用目的與活動需求(可複選)：日常生活 醫療 就學 就業 休閒與運動
- 輔具使用環境(可複選)：室內 戶外 社區、公園或學校 經常需要行經斜坡
需夜間外出
- 預估每日需要以電動代步車行進的距離：<3km 3km~10km 10km~20km >20km
- 現有行動輔具：無 單拐 四腳拐 前臂拐 腋下拐 助行器 帶輪助行器(助步車)
手動輪椅 電動輪椅 電動代步車
- 目前使用的電動代步車：
(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) 使用年限不明
(2)輔具來源：自購 社政 勞政 教育 其他：_____

本評估報告書由內政部委請下列單位協助規劃設計

規劃單位：內政部多功能輔具資源整合推廣中心 設計單位：中山醫學大學附設醫院輔具中心

- (3)目前使用情形：已損壞不堪修復，需更新
規格或功能不符使用者現在的需求，需更換
適合繼續使用，但需要另行購置一部於不同場所使用
其他：_____

6. 身體功能與構造：

輔具使用之相關診斷(可複選)：			
<input type="checkbox"/> 中風偏癱(左/右) <input type="checkbox"/> 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) <input type="checkbox"/> 腦性麻痺或發展遲緩 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺			
<input type="checkbox"/> 下肢骨折或截肢 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 心肺功能疾病 <input type="checkbox"/> 肝腎疾病 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
身體尺寸量測：身高約_____公分，體重約_____公斤			
身體各部位姿態	坐姿平衡	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 雙手扶持尚可維持平衡 <input type="checkbox"/> 雙手扶持難以維持平衡 (非勾選「良好」者不宜使用電動代步車)	
	骨盆	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 向前/後傾 <input type="checkbox"/> 向左/右傾斜 <input type="checkbox"/> 向左/右旋轉 坐姿時骨盆經常： <input type="checkbox"/> 向前滑動 <input type="checkbox"/> 向後滑動 <input type="checkbox"/> 向左滑動 <input type="checkbox"/> 向右滑動	
	脊柱	<input type="checkbox"/> 正常或無明顯變形 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis) <input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis) <input type="checkbox"/> 其他變形：_____	
	頭部控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 控制不佳或耐力不足 <input type="checkbox"/> 完全無法控制 (非勾選「正常」者不宜使用電動代步車)	
	上肢粗動作控制	<input type="checkbox"/> 雙側皆良好 <input type="checkbox"/> 單側良好 <input type="checkbox"/> 雙側皆不良 (勾選「雙側皆不良」者不宜使用電動代步車)	
	上肢精細動作控制	<input type="checkbox"/> 雙側皆良好 <input type="checkbox"/> 與粗動作控制良好之同側上肢控制良好 <input type="checkbox"/> 雙側皆控制不良 (勾選「雙側皆控制不良」者不宜使用電動代步車)	
	上肢主要肌肉耐力	<input type="checkbox"/> 耐力>10min. <input type="checkbox"/> 耐力>5min. <input type="checkbox"/> 耐力<3min. (指持續控制代步車龍頭的能力，若耐力<3min.者不宜使用電動代步車)	
	代步車的移位能力	<input type="checkbox"/> 可獨立以腳站立完成移位 <input type="checkbox"/> 可以上肢撐起身體橫向移位 <input type="checkbox"/> 無法獨立移位 (勾選「無法獨立移位」者不宜使用電動代步車)	
	上肢主要關節攣縮	部位：_____	
			對擺位或操作電動代步車之影響：_____
認知能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差(影響操作之安全性)		
判斷能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 錯亂或遲鈍(影響操作之安全性)		
視知覺能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差(影響操作之安全性)		
情緒控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差(影響操作之安全性)		
可有效執行輔具控制的上肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側			
	操作技巧	可獨力操作	訓練後可行
	能在合理時間內開啟/關閉電源開關		
	依指令執行前進、後退、轉向及停止		
	於較窄的通道中穩定向前直開 5 公尺		
	獨立完成上下電動代步車之移位功能		
	以分段方式，完成狹小空間中的迴轉		
	能在坡面上前進、後退、轉向及停止		

本評估報告書由內政部委請下列單位協助規劃設計

規劃單位：內政部多功能輔具資源整合推廣中心 設計單位：中山醫學大學附設醫院輔具中心

能注意別人及自身的安全			
在吵雜的環境能專注操作不分心			

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

類型	四輪結構電動代步車
座椅	<input type="checkbox"/> 帆布型座椅(sling seat) <input type="checkbox"/> 沙發型座椅(captain seat)
配件 (可複選)	<input type="checkbox"/> 遮陽篷 <input type="checkbox"/> 拐杖桶或拐杖固定夾 <input type="checkbox"/> 助行器固定架 <input type="checkbox"/> 氧氣桶固定架 <input type="checkbox"/> 後視鏡 <input type="checkbox"/> 呼吸器支撐座 <input type="checkbox"/> 其他：_____
油門	<input type="checkbox"/> 左右連動之推拉桿式油門： <input type="checkbox"/> 右手前推為前進 <input type="checkbox"/> 右手前推為後退 <input type="checkbox"/> 握把轉動式油門：安裝在： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 向後轉動時定義為： <input type="checkbox"/> 前進 <input type="checkbox"/> 後退

2. 電動代步車使用環境建議(可複選)：可於安全寬闊的室內(如賣場)行駛
可於無車輛通行的封閉型戶外環境(如公園內)行駛
可於道路兩旁的人行道及行人穿越道行駛
3. 是否需要接受使用訓練：需要 不需要
4. 是否需要安排追蹤時間：需要 不需要
5. 其他建議事項：_____
- _____
- _____

四、補助建議【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】

電動代步車之建議：

建議使用，補充說明：_____

不建議使用，理由：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印

五、檢核與追蹤記錄

1. 輔具採購結果是否符合原處方輔具：

完全符合

功能、形式與原處方符合，部分規格及零配件略有出入，但大致符合

功能、形式或規格與原處方有顯著差異，不符原處方精神

其他：_____

2. 操作能力檢核：

(1)能在合理時間內開啟/關閉電源開關：可 練習後可執行 否

(2)依指令執行前進、後退、轉向及停止：可 練習後可執行 否

(3)於較窄的通道中穩定向前直開 5 公尺：可 練習後可執行 否

(4)獨力完成上下電動代步車之移位功能：可 練習後可執行 否

(5)以分段方式，完成狹小空間中的迴轉：可 練習後可執行 否

(6)能在坡面上前進、後退、轉向及停止：可 練習後可執行 否

(7)能自行開門並安全通過：可 練習後可執行 否

(8)在吵雜的環境能專注操作不分心：可 練習後可執行 否

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____

檢核單位用印