

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：05

輔具項目名稱：步行輔具

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)：家中 學校 社區 職場
- 目前使用的步行輔具：
 - 已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) 使用年限不明
 - 現有步行輔具種類：拐杖-不鏽鋼 拐杖-鋁製 助行器 帶輪型助步車(助行椅)
姿勢控制型助行器 軀幹前臂支撐型步態訓練器 其他：_____
 - 輔具來源：自購 社政 勞政 教育 其他：_____

(4)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

部分損壞或需要調整，可進行修復或調整

輔具仍符合使用者現在之使用需求，無需購置

其他：_____

4. 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"/> 運動神經元疾病 <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"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 腦外傷				
<input type="checkbox"/> 其他：_____				
三管留置狀況： <input type="checkbox"/> 氣切管留置 <input type="checkbox"/> 鼻胃管留置 <input type="checkbox"/> 尿管留置 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
身體尺寸量測：身高：_____公分，體重：_____公斤				
站立手握持高度：_____公分(手肘彎曲 20 度，由手掌量至第五腳趾外 15 公分處)				
肌肉張力	頭、頸： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張		軀幹： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張	
	左上肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張		右上肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張	
	左下肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張		右下肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張	
關節活動度	左側		右側	
	肩關節	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限	肩關節	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限
	肘關節	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限	肘關節	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限
	腕關節	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限	腕關節	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限
上肢動作控制	左上肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不正常協同動作 <input type="checkbox"/> 不自主動作 <input type="checkbox"/> 動幅障礙			
	<input type="checkbox"/> 其他：_____			
上肢動作控制	右上肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不正常協同動作 <input type="checkbox"/> 不自主動作 <input type="checkbox"/> 動幅障礙			
	<input type="checkbox"/> 其他：_____			
站姿平衡能力	1. 站起： <input type="checkbox"/> 不用手即可站起 <input type="checkbox"/> 用手協助站起 <input type="checkbox"/> 沒有協助無法站起			
	2. 站起前的嘗試次數： <input type="checkbox"/> 一次即站起 <input type="checkbox"/> 超過一次才站起 <input type="checkbox"/> 沒有協助無法站起			
	3. 站立起 5 秒內平衡： <input type="checkbox"/> 無需助行器或其他支撐仍穩固			
	<input type="checkbox"/> 需助行器或其他支撐才穩固			
站姿平衡能力	<input type="checkbox"/> 完全無法站立平衡			
	4. 站立平衡： <input type="checkbox"/> 窄底面無需支撐			
	<input type="checkbox"/> 寬底面(腳跟內側距離>10 公分)但不需其他支撐			
	<input type="checkbox"/> 寬底面(腳跟內側距離>10 公分)且需其他支撐			
<input type="checkbox"/> 不穩				

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

<input type="checkbox"/> 拐杖(<input type="checkbox"/> 單側 / <input type="checkbox"/> 雙側)	1. 材質： <input type="checkbox"/> 不鏽鋼材質 <input type="checkbox"/> 鋁製材質 2. 類型： <input type="checkbox"/> 一般手杖 <input type="checkbox"/> 四腳手杖 <input type="checkbox"/> 前臂拐杖～肘環上緣高度：_____公分 (站姿下由肘下 2.5 公分量至第五腳趾外 15 公分處) <input type="checkbox"/> 腋下拐杖～腋下緣處高度：_____公分 (站姿下由腋下 5 公分量至第五腳趾外 15 公分處) <input type="checkbox"/> 前臂平台拐杖～前臂平台高度：_____公分 (站姿下由手肘量至第五腳趾外 15 公分處)
<input type="checkbox"/> 助行器	1. 類型： <input type="checkbox"/> 一般型 <input type="checkbox"/> 助起型 <input type="checkbox"/> 前臂平台助行器～前臂平台高度：_____公分 (站姿下由手肘量至第五腳趾外 15 公分處) 2. 功能配件： <input type="checkbox"/> 前二支柱裝定向輪 <input type="checkbox"/> 左右交替前進功能
<input type="checkbox"/> 帶輪型助步車(助行椅)	相關配件： <input type="checkbox"/> 置物籃 <input type="checkbox"/> 手杖架 <input type="checkbox"/> 休憩時腳踏板 ※必備配件：手控煞車及煞車鎖定功能、臨時休憩座位功能
<input type="checkbox"/> 姿勢控制型助行器	須可調整為前推或後拉方式雙用，個案較常使用方式為： <input type="checkbox"/> 較常前推使用 <input type="checkbox"/> 較常後拉使用 <hr/> 1. 前輪 <input type="checkbox"/> 定向型： <input type="checkbox"/> 轉向、定向可控制型 <input type="checkbox"/> 轉向角度範圍可控制型 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 2. 後輪/支柱 <input type="checkbox"/> 使用固定支柱(一般拐杖頭) <input type="checkbox"/> 一般定向輪： <input type="checkbox"/> 單向只進不退輪 <input type="checkbox"/> 阻力調整輪 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 3. 特殊配件： <input type="checkbox"/> 骨盆側支撐墊 <input type="checkbox"/> 骨盆懸吊帶或座墊 <input type="checkbox"/> 前臂支撐配件～前臂平台高度：_____公分 (站姿下由手肘量至第五腳趾外 15 公分處) <input type="checkbox"/> 其他：_____ ※申請此項輔具並須提供下列配件至少 2 項： (1) 轉向角度範圍或轉向、定向可控制輪 (2) 單向只進不退輪或阻力調整輪 (3) 骨盆側支撐墊 (4) 骨盆懸吊或座墊 (5) 前臂支撐配件

<input type="checkbox"/> 軀幹前臂支撐型步態訓練器	軀幹支撐上緣高度：_____公分(約為個案腋下高度減 5 公分) 前臂平台高度：_____公分(站姿下由手肘量至第五腳趾外 15 公分處)
	1. 前輪 <input type="checkbox"/> 一般型轉向輪 <input type="checkbox"/> 轉向、定向可控制型 <input type="checkbox"/> 轉向角度範圍可控制型 <input type="checkbox"/> 單向只進不退輪 <input type="checkbox"/> 阻力調整輪 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	2. 後輪 <input type="checkbox"/> 一般型定向輪 <input type="checkbox"/> 一般型轉向輪 <input type="checkbox"/> 轉向、定向可控制型 <input type="checkbox"/> 轉向角度範圍可控制型 <input type="checkbox"/> 單向只進不退輪 <input type="checkbox"/> 阻力調整輪 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	3. 特殊配件： <input type="checkbox"/> 踝足分隔配件 <input type="checkbox"/> 大腿分隔配件 <input type="checkbox"/> 骨盆懸吊帶或座墊 <input type="checkbox"/> 其他配件：_____
	※申請此項輔具並須提供下列配件至少 3 項： (1) 轉向角度範圍或轉向、定向可控制輪。 (2) 單向只進不退輪或阻力調整輪。 (3) 踝足分隔配件 (4) 大腿分隔配件。 (5) 骨盆懸吊或座墊。

2. 是否需要接受使用訓練： 需要 不需要

3. 是否需要安排追蹤時間： 需要 不需要

4. 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】

步行輔具之建議：

建議使用，補充說明：_____

(勾選項目僅擇一補助)

單支柺杖-不鏽鋼 (單側/雙側)

單支柺杖-鋁製 (單側/雙側)

助行器

帶輪型助步車(助行椅)

姿勢控制型助行器

軀幹前臂支撐型步態訓練器

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、檢核與追蹤紀錄

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. 修改、調整與使用訓練：

- 無須修改及調整
- 經修改調整後以符合使用需求
- 建議配合使用訓練以期能安全操作

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____

檢核單位用印