

輔具評估報告格式編號：07

輔具項目名稱：視覺及相關輔具

附件一 功能性視覺評估表

一、基本資料

1. 姓名：_____ 性別：男 女 生日：____年____月____日(____歲)
2. 評估環境描述：_____ 地點：_____ 天候：_____
3. 視力是否時好時壞(視力穩定嗎?)：穩定 不穩定，需檢附驗光報告表
4. 有無配戴眼鏡：無 單焦 雙焦 多焦 隱形眼鏡 太陽眼鏡(顏色：____)其他：____
有無幫助：有，助於：_____ 無，原因：_____

二、評估目的：_____

三、評估項目

1. 一般視力狀況：

(1)眼睛外觀：

右眼：正常 角膜混濁 鞏膜、結膜充血 眼瞼閉合 其他：_____

眼球震顫，形容情形：_____

斜視：偏上 偏下 偏內 偏外

左眼：正常 角膜混濁 鞏膜、結膜充血 眼瞼閉合 其他：_____

眼球震顫，形容情形：_____

斜視：偏上 偏下 偏內 偏外

(2)有無偏好使用一眼：無 右眼 左眼

(3)有無轉動眼球、頭、或身體來觀看物體：無 有，描述動作：_____

(4)有無眯著眼睛看東西：無 有，形容情形：_____

(5)光線敏感度：

畏光：無 有，說明_____

眩光：無 有，說明_____

(6)視力可見之最佳天候及最佳時段：

天候：無差別 豔陽 晴天 陰天 雨天

時段：無差別 清晨 上午 下午 黃昏 晚上

(7)明/暗適應：可 不佳(戶外 \leftrightarrow 戶內 人行道 \leftrightarrow 騎樓 大樓、行道樹陰影

夜間無路燈或較暗巷道夜間路燈/車燈/招牌刺眼 其他：_____)

(8)無法表現功能性視覺能力時，請填此項：

A. 注視能力(眼睛可以停留在某件物品上至少看著三秒鐘)：可 有困難(說明：_____)

B. 追視(眼睛能一直跟著移動中的物品而移動)：可 有困難(說明：_____)

C. 注視力轉移(眼睛的注視力可從甲物轉到乙物上面)：可 有困難(說明：_____)

D. 掃描(眼睛可依循著一個方向找靜態的東西)：可 有困難(說明：_____)

E. 主體背景分辨能力(觀看賣場海報時，可以辨認海報上的其中一項物品)：可 有困難(說明：_____)

_____)
 F. 遠近調適力(看到距離三公尺或以上的文字時，可以一邊抬頭看，一邊將其抄寫下來)：可 有困難(說明：_____)

2. 遠距離(300公分以上)視覺功能：(觀察或詢問、測量)

(1)遠距離視覺功能表現：

施測(閱讀)工具	施測結果(自然燈光)	施測結果(依需求評估調整) <input type="checkbox"/> 加光 <input type="checkbox"/> 減光 <input type="checkbox"/> 其他調整 說明：_____
<input type="checkbox"/> 字卡 最佳辨識字型： <input type="checkbox"/> 標楷體 <input type="checkbox"/> 細明體 <input type="checkbox"/> 其他_____	實測距離：_____公分 文字大小(公分) 舒適：_____ 最小：_____	實測距離：_____公分 文字大小(公分) 舒適：_____ 最小：_____
<input type="checkbox"/> Lea numbers (標準距離300公分)	實測距離：_____公分 視力值(計算後數值)： <input type="checkbox"/> 右眼：_____ <input type="checkbox"/> 左眼：_____ <input type="checkbox"/> 雙眼：_____	實測距離：_____公分 視力值(計算後數值)：_____ <input type="checkbox"/> 雙眼：_____
<input type="checkbox"/> 其他施測方法說明：		

(2)最喜歡或必須做的遠距離活動：(說明困難時請具體說明環境光線、視距、欲閱讀的文字大小與顏色對比及執行表現)

- 辨認人臉：順利執行，距離：_____ 有困難，_____
- 看黑板/白板：順利執行，距離：_____ 有困難，_____
- 看電影：順利執行，距離：_____ 有困難，_____
- 室內行走：順利執行 有困難(踢、撞到障礙物 上下樓梯 其他：_____)
- 室外行走：順利執行 有困難(踢、撞到障礙物 上下樓梯 其他：_____)
- 搭乘公共交通工具：順利執行 有困難(公車 計程車 捷運/臺鐵/高鐵 其他)
- 路標、招牌辨識：順利執行 有困難，_____
- 購物：順利執行 有困難，_____
- 其他：_____：順利執行 有困難，_____

3. 中距離(40至300公分)視覺功能：

最喜歡或必須做的中距離活動：

- 看電視：順利執行，距離：_____ 有困難，_____
- 操作電腦：順利執行 有困難，_____
- (1)操作頻率：_____
- (2)螢幕大小：_____吋
- (3)眼睛與螢幕之距離：_____公分
- (4)螢幕亮度、字體大小和顏色：有調整，_____ 無調整
- (5)游標顏色和大小：有調整，_____ 無調整
- (6)另備輔助工具：有_____ 無
- (7)眼睛與鍵盤之距離：_____公分
- (8)鍵盤字體大小及顏色調整：有調整，_____ 無調整

(9)其他活動_____：順利執行 有困難，_____

4. 近距離(40公分以下)視覺功能：

(1)近距離視覺功能表現：裸視 矯正

施測(閱讀)工具	施測結果(自然燈光)	施測結果(依需求評估調整) <input type="checkbox"/> 加光 <input type="checkbox"/> 減光 <input type="checkbox"/> 其他調整 說明：_____
<input type="checkbox"/> 字卡 最佳辨識字型： <input type="checkbox"/> 標楷體 <input type="checkbox"/> 細明體 <input type="checkbox"/> 其他_____	實測距離：_____公分 文字大小(公分) 舒適：_____ 最小：_____	實測距離：_____公分 文字大小(公分) 舒適：_____ 最小：_____
<input type="checkbox"/> Lea numbers (標準距離40公分)	實測距離：_____公分 視力值(計算後數值)： <input type="checkbox"/> 右眼：_____ <input type="checkbox"/> 左眼：_____ <input type="checkbox"/> 雙眼：_____	實測距離：_____公分 視力值(計算後數值)：_____ <input type="checkbox"/> 雙眼：_____
<input type="checkbox"/> 其他施測方法說明： _____		
問題	<input type="checkbox"/> 漏字或跳行 <input type="checkbox"/> 行間距影響 <input type="checkbox"/> 字間距影響 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 漏字或跳行 <input type="checkbox"/> 行間距影響 <input type="checkbox"/> 字間距影響 <input type="checkbox"/> 其他：_____

(2)近距離對比敏感度：

A. 閱讀螢幕資訊時，偏好使用原色模式 白底黑字 黑底白字 黃底黑字

其他：(請依上述方式說明)_____

B. 使用擴視機閱讀紙本資料時，偏好使用原色模式 白底黑字 黑底白字 黃底黑字

其他：(請依上述方式說明)_____

C. 其他：_____

(3)最喜歡或必須做的近距離活動：

操作手機/平板：順利執行 有困難，_____

眼睛與螢幕之距離：_____公分

目前喜歡或需要閱讀什麼：報紙 一般書籍 雜誌 其他：_____

閱讀時間最長可持續：_____分鐘(字體大小：_____公分)

書寫的字可辨識嗎：是 重疊 寫不直 大小不一 其他：_____

書寫距離：30公分 20公分 10公分 5公分 其他_____公分

其他活動：_____：順利執行 有困難，_____

5. 色覺

色票，結果：正常

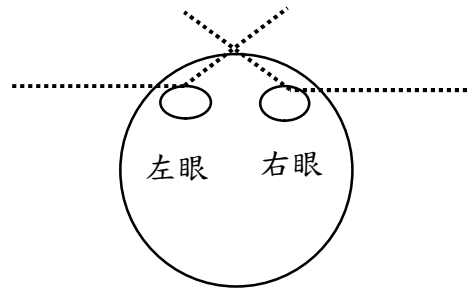
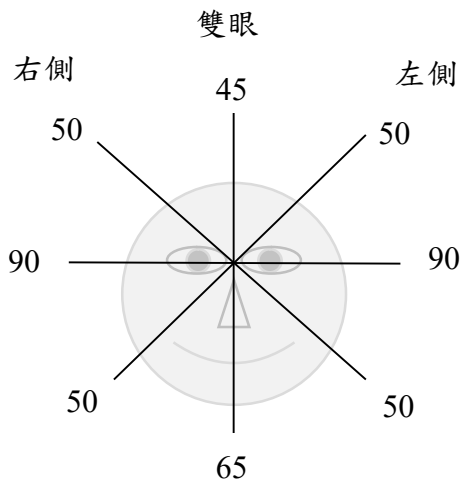
色弱(可辨識黑 白 紅 橙 黃 綠 藍 紫 棕色)

PV-16，結果：正常

紅色弱(盲) 綠色弱(盲) 藍色弱(盲)

6. 視野

周邊視野：對坐法，目標物____公分直徑@____公分



中心視野：於下方表格標示個案視野範圍

右眼

左眼

四、評估結果統整：(主要記錄「目前可能影響案主的生活和獨立性之視覺功能表現」)

- 視力方面：_____
- 遠距離視力：_____
- 中距離視力：_____
- 近距離視力：_____
- 視野方面：_____
- 對比敏感度：_____
- 視野方面：_____
- 光線敏感度：_____
- 顏色辨識：_____
- 眼球動作：_____
- 斜視：_____
- 震顫：_____