

# 輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：10

輔具項目名稱：人工講話器

## 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)<br>_____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：<br><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<br><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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 其他先天缺陷 |  |
| 7-3. (新制)身心障礙分類系統：<br><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<br><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<br><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<br><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)：居家 學校 社區 職場 其他：\_\_\_\_\_
- 最需要之溝通表達內容(可複選)：基本需求 資訊分享 建立關係 社交禮儀 自我溝通  
課業學習 工作需求 醫療服務 社區應用  
其他：\_\_\_\_\_
- 目前使用的人工講話器：  
(1)一般型(氣動式)人工講話器 (已使用：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 使用年限不明)  
(使用效能滿意度：很好 尚可 不佳\_\_\_\_\_)  
電子型(電動式)人工講話器 (已使用：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 使用年限不明)  
(使用效能滿意度：很好 尚可 不佳\_\_\_\_\_)

其他\_\_\_\_\_ (已使用：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 使用年限不明)

(2)輔具來源：自購 社政 教育 勞政 其他：\_\_\_\_\_

(3)目前使用情形：已損壞不堪修復，需更新

原輔具使用的溝通效能不佳

尚可使用，但想嘗試另一種人工講話輔具

其他：\_\_\_\_\_

## 5. 健康狀況：

(1)與輔具使用之相關診斷(可複選)：喉頭頸癌(\_\_\_\_\_) 呼吸障礙(氣切、使用氧氣機、使用呼吸器、\_\_\_\_\_) 其他：\_\_\_\_\_

(2)曾接受過的治療(可複選)：

手術治療(主手術開刀日期：\_\_\_\_\_):

全喉切除

咽切除(全、部分)

食道切除(全、部分)

舌切除(全、部分)

頸部淋巴廓清術：左側右側

放射治療化學治療其他：\_\_\_\_\_

(3)目前或曾經罹患下列疾病：無 中風 巴金森氏症 腦外傷 運動神經元疾病  
肌肉萎縮症 失智症 其他：\_\_\_\_\_

(4)感官功能：

視知覺：正常

異常：有戴眼鏡效能佳

有戴眼鏡效能不佳

未戴眼鏡

聽知覺：正常

異常：有使用輔具(助聽器、人工電子耳)效能佳

有使用輔具(助聽器、人工電子耳)效能不佳

無輔具

(5)呼吸功能：正常 氣管造口太小，呼吸不順暢 功能不佳，需相關輔具輔助呼吸

(6)頸部肌肉組織：柔軟度尚可 僵硬，柔軟度不佳 肥厚 疤痕 其他：\_\_\_\_\_

(7)生活自理及氣管造口清潔照護能力：

可完全自理

需協助(需少部分協助 大部分需協助 完全需協助)

目前主要協助者：\_\_\_\_\_ 與個案關係：\_\_\_\_\_

年齡：\_\_\_\_\_

是否能協助個案使用此輔具：是 否

## 6. 口腔構造與功能：

(1)口腔—顏面構造

臉部：完整 缺損 下頰：完整 缺損

齒列：完整 缺損 舌頭：完整 缺損

硬顎：完整 缺損 軟顎：完整 缺損

(2)口腔-動作與功能

雙唇：會連續發一又 可執行 kiss 動作 閉合不好

舌頭：會靈活轉動 能移動但有限制 無法移動

下頰：動作協調、正確咀嚼 只能上下動咀嚼 開閉緩慢 張口困難(<35mm)

顎咽閉鎖功能：軟顎上提佳 軟顎上提有限制 軟顎無法上提

口水控制：控制良好 有時流口水 經常流口水

7. 語言溝通能力

(1)日常語言理解及表達能力：

理解及表達自己的基本資料(回答本評估報告書的第一部分)：自己獨力完成 需部份協助  
大部分需要他人協助

回應日常一般對談：自己獨力完成 需部份協助 大部分需要他人協助

(2)目前的溝通方式(請依使用率排出順序 1、2、3, 1 代表最常使用的方式)：

筆談 一般型(氣動式)人工講話器 電子型(電動式)人工講話器 食道語/氣管食道語  
肢體動作表情

8. 人工講話器操作使用能力(未使用人工講話器者免填)

(1)一般型(氣動式)人工講話器：可自己完成操作 需部份協助，學習效果佳  
操作不佳，須很多協助

使用效能：很好 尚可 不佳，說明：\_\_\_\_\_

(2)電子型(電動式)人工講話器：可自己完成操作 需部份協助，學習效果佳  
操作不佳，須很多協助

使用效能：很好 尚可 不佳，說明：\_\_\_\_\_

### 三、規格配置建議

1. 輔具規格配置

| 溝通輔具分類                   | 溝通輔具類別     | 建議之溝通輔具產品  | 補助相關規定   |                            |
|--------------------------|------------|--|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 人工講話器      | 人工講話器-<br>一般型(氣動式)   | <input type="checkbox"/> 一般型(氣動式)人工講話器<br><input type="checkbox"/> 電子型(電動式)人工講話器 | 一般型(氣動式)及電子型<br>(電動式)僅擇一申請 |
|                          |            | 人工講話器-<br>電子型(電動式)   |  |                            |
| <input type="checkbox"/> | 其他特殊<br>需求 | <input type="checkbox"/> 一般型(氣動式)人工講話器與氣管造口貼合的軟墊需修整<br><input type="checkbox"/> 其他：_____ |  |                            |

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、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】**

人工講話器之建議：

- 建議使用，補充說明：\_\_\_\_\_
- 一般型(氣動式)人工講話器
- 電子型(電動式)人工講話器
- 不建議使用，理由：\_\_\_\_\_

評估單位：\_\_\_\_\_

評估人員：\_\_\_\_\_ 職稱：\_\_\_\_\_

評估日期：\_\_\_\_\_

