

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：11

輔具項目名稱：個人衛星定位器

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) 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

1. 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
2. 輔具使用環境(可複選)：室內 戶外 社區、公園或學校 隨時配戴
3. 目前使用的個人衛星定位器：
(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：_____

(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

部分損壞或需要調整，可進行修復或調整

仍符合使用者現在之使用需求，無需購置

其他：_____

(4)目前主要照顧者：_____ 與個案關係：_____ 年齡：_____

是否能協助個案使用此輔具：是 否

4. 獨立外出移動：能獨立外出行走

使用輔具下能獨立外出移動(行動輔具：_____)

其他：_____

5. 曾有走失事實：無 有，次數：_____次

6. 定位(定向)能力：無定位(定向)困難

地點定位(定向)障礙-有覺察自己所處地點的困難(例如無法準確表達自己目前所處週遭的環境)，無法以適當方式或路徑返家

人物定位(定向)障礙-有覺察目前所處環境中他人身份的困難

自我定位(定向)障礙-有覺察自己身份的困難(例如無法準確表達自己的身份)

其他：_____

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

<input type="checkbox"/> 個人衛星定位器	※應符合下列所有規範或功能之 2 年服務保用及產品保固 (1)AGPS 之衛星定位 (2)地點查詢服務 (3)電池待機超過 72 小時 (4)緊急求援功能 (5)通話功能
	<input type="checkbox"/> 其他配置建議：_____

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】

個人衛星定位器之建議：

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