

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：14

輔具項目名稱：溝通或電腦輔具用支撐固定器

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

- 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 書桌椅 輪椅 床上
其他：_____
- 目前使用的溝通或電腦輔具用支撐固定器：
 - 已使用：___年___月(尚未使用者免填) 使用年限不明
 - 現有溝通或電腦輔具用支撐夾具可固定型式(可複選)：圓管 方管
 - 現有溝通或電腦輔具用支撐連結器可固定種類(可複選)：語音溝通板 筆記型/平板電腦
替代性滑鼠 替代性鍵盤 特殊開關 其他：_____
 - 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：財團法人第一社會福利基金會附設輔具中心 頁 1/4

- (5)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
仍符合使用者現在之使用需求，無需購置
其他：_____

(6)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. 欲固定的溝通或電腦輔具：

- (1)種類：語音溝通板 筆記型/平板電腦 替代性滑鼠 替代性鍵盤
特殊開關：吹/吸鍵 搖棒鍵 圓鍵 方鍵 其他：_____)
其他：_____

(2)規格：長_____公分，寬_____公分，高_____公分，直徑_____公分，重量_____公克

(3)與聯結器固定方式：魔鬼氈 螺絲鎖 其他：_____

(4)欲安裝的位置：書桌上 輪椅(桌板骨架上)
床上(床欄床板床頭片/床尾片床上桌床邊桌)

(5)夾具欲固定的管徑或厚度：_____公分

5. 身體與功能構造：

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"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 運動神經元疾病 <input type="checkbox"/> 下肢骨折或截肢 <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：_____	
坐姿平衡能力： <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 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方	
可有效執行輔具控制的肢體部位(可複選，請評估兩個以上最佳操控部位)：	
上肢	<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 部位： <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 手腕或手掌 <input type="checkbox"/> 肩或肘
下肢	<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 部位： <input type="checkbox"/> 腿或膝 <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腳指
頭頸及五官	<input type="checkbox"/> 下巴 <input type="checkbox"/> 臉頰 <input type="checkbox"/> 嘴 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 眼
其他部位	請說明：_____

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

操作姿勢與擺位系統	<input type="checkbox"/> 坐姿	<input type="checkbox"/> 不需特殊設備調整 桌子： <input type="checkbox"/> 可調角度 <input type="checkbox"/> 桌板 <input type="checkbox"/> 升降桌(詳見評估建議書) 椅子： <input type="checkbox"/> 靠背 <input type="checkbox"/> 扶手 <input type="checkbox"/> 擺位椅 <input type="checkbox"/> 輪椅(詳見評估建議書) <input type="checkbox"/> 其他：_____
	<input type="checkbox"/> 平躺姿 <input type="checkbox"/> 趴姿 <input type="checkbox"/> 側躺 <input type="checkbox"/> 其他：_____	床： <input type="checkbox"/> 一般床 <input type="checkbox"/> 居家用照護床 擺位配件： <input type="checkbox"/> 側躺板 <input type="checkbox"/> 楔型板 <input type="checkbox"/> 床上桌 <input type="checkbox"/> 床邊桌 <input type="checkbox"/> 其他：_____

功能	支撐固定器型式/規格	補助必要規格
<input type="checkbox"/> 溝通輔具用支撐固定器 <input type="checkbox"/> 電腦輔具用支撐固定器	1. 夾具可固定型式： <input type="checkbox"/> 圓管 <input type="checkbox"/> 方管，欲固定的管徑或厚度應大於_____公分 2. 聯結器可固定： <input type="checkbox"/> 語音溝通板 <input type="checkbox"/> 筆記型/平板電腦 <input type="checkbox"/> 替代性滑鼠 <input type="checkbox"/> 替代性鍵盤 <input type="checkbox"/> 特殊開關：(<input type="checkbox"/> 吹/吸鍵 <input type="checkbox"/> 搖棒鍵 <input type="checkbox"/> 圓鍵 <input type="checkbox"/> 方鍵 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="checkbox"/> 其他：_____ 3. 聯結器固定輔具方式： <input type="checkbox"/> 魔鬼氈 <input type="checkbox"/> 螺絲鎖 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 4. 具 <input type="checkbox"/> 1 個 <input type="checkbox"/> 2 個 <input type="checkbox"/> 3 個以上可調角度並可固定之關節(其中 <input type="checkbox"/> 1 個 <input type="checkbox"/> 2 個以上可做 270 度旋轉調整) 5. <input type="checkbox"/> 須具連桿系統 6. 可承重： <input type="checkbox"/> 小於 2 公斤 <input type="checkbox"/> 大於 2 公斤	1. 夾具：可固定於輪椅、電動輪椅、桌上或床架上 2. 聯結器：可固定溝通輔具、筆記型(或平板)電腦或電腦輔具 3. 具三個以上可調角度並可固定關節之連桿系統，其中可調角度之關節至少兩個可各做 270 度角度旋轉調整 4. 最少承重 2 公斤以上
溝通或電腦輔具用支撐固定器與週邊設備擺設圖片或照片說明		
<div style="border: 1px solid black; height: 300px;"></div>		

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】

溝通或電腦輔具用支撐固定器之建議：

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：

實際購買類型	是否符合原處方輔具
<input type="checkbox"/> 溝通或電腦輔具用支撐固定器	<input type="checkbox"/> 完全符合
<input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 功能、形式或規格與原處方有顯著差異，不符原處方精神
	<input type="checkbox"/> 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