

## 輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：17

輔具項目名稱：居家用照顧床及氣墊床

### 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. 使用者居住地點：居家 醫院 學校 安養機構
2. 目前使用的居家用照顧床：
  - (1)已使用：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月(尚未使用者免填) 使用年限不明
  - (2)現有居家用照顧床種類：手動病床 電動病床 其他：\_\_\_\_\_
  - (3)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  
適合繼續使用，但需要另行購置一件於不同場所使用  
其他：\_\_\_\_\_
3. 目前使用的床墊：

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：彰化縣輔具資源中心

- (1)已使用：\_\_\_\_年\_\_\_\_月(尚未使用者免填) 使用年限不明  
 (2)現有床墊種類：彈簧床墊 乳膠床墊 固態凝膠床墊 氣墊床 其他：\_\_\_\_\_  
 (3)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  
適合繼續使用，但需要另行購置一件於不同場所使用  
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"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 其他：_____
意識狀態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障礙：_____
認知能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障礙：_____
皮膚感覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ <input type="checkbox"/> 喪失：_____ <input type="checkbox"/> 無法施測，原因：_____
姿勢性低血壓	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未施測
目前體力狀態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不佳
體力可能進展	<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 退化
頭頸控制能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不足：_____ <input type="checkbox"/> 喪失：_____
肩膀肌力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不足：_____
關節活動度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 受限制： <input type="checkbox"/> 腕關節 <input type="checkbox"/> 膝關節 <input type="checkbox"/> 其他關節：_____
手功能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不足：_____ <input type="checkbox"/> 喪失：_____
翻身能力	翻至左側： <input type="checkbox"/> 可獨立輕易完成 <input type="checkbox"/> 執行費力耗時或需借助輔具 <input type="checkbox"/> 完全依賴 翻至右側： <input type="checkbox"/> 可獨立輕易完成 <input type="checkbox"/> 執行費力耗時或需借助輔具 <input type="checkbox"/> 完全依賴
起床能力	<input type="checkbox"/> 可獨立輕易完成 <input type="checkbox"/> 執行費力耗時或需借助輔具 <input type="checkbox"/> 完全依賴
轉位能力	<input type="checkbox"/> 可獨立輕易完成 <input type="checkbox"/> 執行費力耗時或需借助輔具 <input type="checkbox"/> 完全依賴
姿勢調整能力	<input type="checkbox"/> 可獨立輕易完成 <input type="checkbox"/> 執行費力耗時或需借助輔具 <input type="checkbox"/> 完全依賴
維持坐姿能力	軀幹平衡能力： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 軀幹長坐姿時挺直能力： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不佳 軀幹坐姿挺直耐力： <input type="checkbox"/> ≥2分鐘 <input type="checkbox"/> <2分鐘
易導致壓瘡相關危險因子(可複選)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 皮膚清潔狀況不佳 <input type="checkbox"/> 皮膚經常潮濕 <input type="checkbox"/> 營養不良 <input type="checkbox"/> 骨突處皮下軟組織厚度不足 <input type="checkbox"/> 異常骨突結構 <input type="checkbox"/> 周邊血管病變異常 <input type="checkbox"/> 有皮膚感染或疾病 <input type="checkbox"/> 經常性摩擦 <input type="checkbox"/> 皮膚感覺異常或喪失 <input type="checkbox"/> 無法自行執行減壓活動 <input type="checkbox"/> 其他：_____
壓瘡	<input type="checkbox"/> 未發生 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 目前有：部位：_____ 尺寸：_____公分×_____公分 分級： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV

### 三、規格配置建議

#### 1. 輔具規格配置：

居家用照顧床	<input type="checkbox"/> 不建議使用	
	類型： <input type="checkbox"/> 居家用照顧床 <input type="checkbox"/> 居家用照顧床、附加功能 A 款(具床面升降功能) <input type="checkbox"/> 居家用照顧床、附加功能 B 款(具電動升降功能) <input type="checkbox"/> 居家用照顧床、附加功能 A 款及 B 款	
	規格： <input type="checkbox"/> 一般尺寸 <input type="checkbox"/> 特製尺寸： <input type="checkbox"/> 加長至_____公分 <input type="checkbox"/> 加寬至_____公分 <input type="checkbox"/> 降至最低高度_____公分 <input type="checkbox"/> 升至最高高度_____公分 <input type="checkbox"/> 三折長度訂做_____,_____,_____	
	控制器： <input type="checkbox"/> 自己控制 <input type="checkbox"/> 照顧者控制 <input type="checkbox"/> 遙控器加大按鈕_____ <input type="checkbox"/> 其他改良_____	
氣墊床	<input type="checkbox"/> 不建議使用	
	<input type="checkbox"/> A 款	應含 18 管以上交替充氣功能之電動空氣幫浦及管狀氣囊組
	<input type="checkbox"/> B 款	應含交替充氣功能之電動空氣幫浦及管狀氣囊組，且需提供保固 3 年，並須符合以下所有條件： 1. 交替式充氣之管狀氣囊組，氣囊之管徑 4 英吋以上，並含有異常壓力警示及可暫停交替之開關 2. 氣管為 3 管交替式 3. 單管材質：「PU 聚氨酯(Polyurethane)」或「PU 聚氨酯(Polyurethane)+尼龍(Nylon)」 4. 單管壓力流量每分鐘 4 公升(4L/Min)以上 5. 配有 C.P.R.快速洩氣閥

2. 是否需要接受使用訓練：不需要 需要(居家用照護床 氣墊床)

3. 是否需要安排追蹤時間：不需要 需要(居家用照護床 氣墊床)

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】**

居家用照顧床之建議：

建議使用，補充說明：\_\_\_\_\_

(勾選項目僅擇一補助)

居家用照顧床

居家用照顧床、附加功能 A 款

居家用照顧床、附加功能 B 款

居家用照顧床、附加功能 A 款及 B 款

不建議使用，理由：\_\_\_\_\_

氣墊床之建議：

建議使用，補充說明：\_\_\_\_\_

(勾選項目僅擇一補助)

氣墊床-A 款

氣墊床-B 款

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. 輔具後續追蹤地點：居家 醫院 安養機構 其他：\_\_\_\_\_

2. 輔具採購結果：

居家用照顧床

實際購買類型	是否符合原處方輔具
<input type="checkbox"/> 居家用照顧床 <input type="checkbox"/> 居家用照顧床、附加功能 A 款 <input type="checkbox"/> 居家用照顧床、附加功能 B 款 <input type="checkbox"/> 居家用照顧床、附加功能 A 款及 B 款 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 完全符合 <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：_____

氣墊床

實際購買類型	是否符合原處方輔具
<input type="checkbox"/> 氣墊床-A 款 <input type="checkbox"/> 氣墊床-B 款 <input type="checkbox"/> 非補助形式之床墊 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 完全符合 <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：_____

3. 修改、調整與使用訓練：

居家用照顧床

<input type="checkbox"/> 無須修改及調整 <input type="checkbox"/> 經修改調整後以符合使用需求 <input type="checkbox"/> 建議配合使用訓練以期能安全操作
--

氣墊床

<input type="checkbox"/> 無須修改及調整 <input type="checkbox"/> 經修改調整後以符合使用需求 <input type="checkbox"/> 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：\_\_\_\_\_

