

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：22

輔具項目名稱：上下肢矯具

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
經常需要上下階梯 經常需要行經斜坡
3. 輔具使用情境(可複選)：僅供站立 短距離步行 長距離步行 障礙路面步行 運動用
其他特殊需求：_____
4. 常用交通工具：輪椅 腳踏車 機車 汽車 大眾運輸工具 其他：_____
5. 輔具穿著獨立性：獨立完成 他人部分協助 他人完全協助

6. 目前使用的上下肢矯具：

- (1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) 使用年限不明
- (2)現有上下肢矯具部位：右側 左側 雙側
種類：髖膝踝足矯具 膝踝足矯具 踝足部矯具 髖部矯具
膝部副木 肘部副木
- (3)輔具來源：自購 健保 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，但需要另行購置一具於不同情境使用
其他：_____

7. 輔具使用之相關診斷(可複選)：中風偏癱(左/右) 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦)
腦性麻痺或發展遲緩 運動神經元疾病 骨折或關節炎
心肺功能疾病 腦外傷 其他：_____

8. 皮膚感覺：正常 異常：_____ 喪失：_____ 無法施測，原因：_____

9. 循環與呼吸系統功能：正常 呼吸功能障礙 心臟功能障礙 血管功能障礙
淋巴水腫 其他：_____

10. 未用矯具可否獨立行走：無法行走 可獨立行走 可行走但需他人或輔具協助

11. 肌肉力量：無異常
異常，上肢：左側 右側 雙側，肩 肘 腕 手
下肢：左側 右側 雙側，髖 膝 踝 足
其他：_____

12. 肌肉張力：無異常
異常，過高：上肢：左側 右側 雙側，肩 肘 腕 手
下肢：左側 右側 雙側，髖 膝 踝 足
過低：上肢：左側 右側 雙側，肩 肘 腕 手
下肢：左側 右側 雙側，髖 膝 踝 足
其他：_____

13. 關節活動度：無受限
受限，上肢：左側 右側 雙側，肩 肘 腕 指 關節
下肢：左側 右側 雙側，髖 膝 踝 趾 關節
其他：_____

14. 需保護或變形之關節：無
有，上肢：左側 右側 雙側，肩 肘 腕 指 關節
下肢：左側 右側 雙側，髖 膝 踝 趾 關節
其他：_____

15. 異常反射：無 有，異常狀況簡述：_____

16. 雙下肢長度：相等 不相等，_____側，短_____公分

17. 皮膚狀況：無破損 有破損，_____側，位置：_____

18. 有無接受矯正手術或裝有內固定：無 有

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

配置項目	配置日期： 年 月 日
矯具之種類	<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 雙側 <input type="checkbox"/> 腕膝踝足矯具 <input type="checkbox"/> 膝踝足矯具 <input type="checkbox"/> 踝足部矯具 <input type="checkbox"/> 腕部矯具 <input type="checkbox"/> 膝部副木 <input type="checkbox"/> 肘部副木 <input type="checkbox"/> 支架鞋具(與下肢支架金屬立柱固定連結，完整包覆足部，不得僅為托足板形式)
腕關節	<input type="checkbox"/> 活動關節式 <input type="checkbox"/> 關節帶鎖式 <input type="checkbox"/> 撥號盤式 <input type="checkbox"/> 外展式 <input type="checkbox"/> 其他：_____
膝關節	<input type="checkbox"/> 活動關節式 <input type="checkbox"/> 關節帶鎖式 <input type="checkbox"/> 撥號盤式 <input type="checkbox"/> 限制活動範圍式 <input type="checkbox"/> 後扳上鎖式 <input type="checkbox"/> 多軸關節式 <input type="checkbox"/> 軸心後移式(Offset) <input type="checkbox"/> 其他：_____
踝關節	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 關節式 <input type="checkbox"/> 彈簧輔助式 <input type="checkbox"/> 其他：_____
其他配件 (可複選)	<input type="checkbox"/> 骨盆帶 <input type="checkbox"/> 膝蓋壓皮 <input type="checkbox"/> 加強固定帶 <input type="checkbox"/> 內側 T 字帶 <input type="checkbox"/> 外側 T 字帶 <input type="checkbox"/> 大腿固定半月帶 <input type="checkbox"/> 小腿固定半月帶 <input type="checkbox"/> 其他：_____
矯具製作材質	<input type="checkbox"/> 金屬 <input type="checkbox"/> 塑膠 <input type="checkbox"/> 碳纖維 <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、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】

矯具之建議：

建議使用，補充說明：_____

(若雙側不同請註明)

踝足矯具： 左側 右側 雙側

膝踝足矯具： 左側 右側 雙側

髖膝踝足矯具： 左側 右側 雙側

髖部矯具： 左側 右側 雙側

膝部副木： 左側 右側 雙側

肘部副木： 左側 右側 雙側

支架鞋具： 左側 右側 雙側

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，建議修改調整部位：_____

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