

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：24

輔具項目名稱：量身訂製之特製鞋 (揸頭開發單側/雙側)

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
其他：_____
- 輔具使用環境(可複選)：家中 學校 社區 職場 其他：_____
- 現有步行相關輔具(可複選)：拐杖 助行器 帶輪型助步車(助行椅) 支架鐵鞋
其他：_____
- 目前使用的量身訂製之特製鞋：
 - (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

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：內政部矯具義具與行動輔具資源中心

- 規格或功能不符使用者現在的需求，需更換
適合繼續使用，但需要另行購置一雙於不同場所使用
其他：_____

5. 輔具使用之相關診斷(可複選)：

(1)先天性或疾病(或意外傷害)所造成足部異常者，原因描述：

- 中風偏癱(左/右) 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) 腦性麻痺或發展遲緩 小兒麻痺
運動神經元疾病 下肢骨折或截肢 關節炎 心肺功能疾病 肌肉萎縮症
腦外傷 長短腳 糖尿病 其他：_____

(2)足部變型部位，描述或圈選部位：

- 左 右，描述：_____

足部特殊註記：雞眼 足繭 植皮 潰瘍 紅腫 缺損



(3)足踝關節活動度：

- 正常：左_____度 右_____度
受限：左_____度 右_____度
僵硬：左_____度 右_____度

(4)足部傾斜：(例如：內/外翻；內/外旋，狀況輕微/嚴重)

- 前足：左：內翻 外翻 內旋 外旋，描述：_____
右：內翻 外翻 內旋 外旋，描述：_____
中足：左：過高 塌陷，描述：_____
右：過高 塌陷，描述：_____
後足：左：內翻 外翻 內旋 外旋，描述：_____
右：內翻 外翻 內旋 外旋，描述：_____

(5)步態觀察：(例如：步態緩慢、身軀偏移、足部無法著地、下肢肌腱協調異常、足部著地週期異常…等)

- 正常 不正常，描述：_____

(6)平衡觀察：(例如：向內/外傾斜、長短腳落差)

正常 不正常，描述：_____

(7)其他：_____

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

(1)量身訂製之特製鞋(楦頭開發單側/雙側)

(2)大底設計/修改：

高度：左：前後等高 後足加高____公分 前足加高____公分 其他：_____

右：前後等高 後足加高____公分 前足加高____公分 其他：_____

弧度大底(rocker)：左：前足_____ 後足_____ 其他：_____

右：前足_____ 後足_____ 其他：_____

大底加寬(flare)：左：內側_____ 外側_____ 其他：_____

右：內側_____ 外側_____ 其他：_____

大底加高側邊(butress)：左：內側_____ 外側_____ 其他：_____

右：內側_____ 外側_____ 其他：_____

其他：_____

(3)內部鞋墊：材質：_____

其他注意事項：_____

(4)鞋子表面：材質：_____

其他注意事項：_____

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】

量身訂製之特製鞋之建議：

- 建議使用，補充說明：_____
- 量身訂製之特製鞋 A 款-單側開楦
- 量身訂製之特製鞋 B 款-雙側開楦
- 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