

輔具評估報告書（使用效益驗證）

輔具評估報告格式編號：25

輔具項目名稱：助聽器

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、驗證內容

1. 助聽器資料(請填寫)：

	款式	販售公司	廠牌	型號	序號
右耳					
左耳					

2. 助聽器效益驗證結果：

	助聽器效益	測量方式(擇一執行)
右耳	<input type="checkbox"/> 有效益 <input type="checkbox"/> 效益不佳	<input type="checkbox"/> 實耳測量 <input type="checkbox"/> 無法實耳測量，採耦合器測量 <input type="checkbox"/> 無法執行上述兩項測量，採聲場中功能增益值測量

		<input type="checkbox"/> 聲場中語音辨識測驗（不可單獨執行，需搭配上上述其中一項）
左耳	<input type="checkbox"/> 有效益 <input type="checkbox"/> 效益不佳	<input type="checkbox"/> 實耳測量 <input type="checkbox"/> 無法實耳測量，採耦合器測量 <input type="checkbox"/> 無法執行上述兩項測量，採聲場中功能增益值測量 <input type="checkbox"/> 聲場中語音辨識測驗（不可單獨執行，需搭配上上述其中一項）

3. 助聽器驗證結果【請聽力師附上列驗證報告(黏貼或列印)】:

三、驗證結果

1. 助聽器配戴效益：

- 具改善聽力之效果
- 改善聽力之效果不佳【建議暫不予補助】
 - 建議由原輔具供應商再調整設定
 - 建議由原輔具供應商更換為符合需求之助聽器
 - 其他，請說明：_____
- 不具改善聽力之效果【建議暫不予補助】

2. 購置之助聽器規格是否與輔具評估之「規格配置建議」相符：

- 符合【保固書所載資料符合補助規定】
- 不符合
 - 建議補助原輔具評估「規格配置建議」款別之額度
 - 建議請原輔具供應商提供詳細原廠規格文件，以判別是否符合
 - 建議不予補助，請說明：_____

3. 購置之助聽器規格是否與輔具供應商出具之保固證明書相符：

- 符合【助聽器機身標示序號與保固書載明序號相符】
 - 不符合【建議不予補助】
- 請說明：_____

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____

