輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：01

輔具項目名稱：輪椅及推車

一、基本資料

1. 姓名：　　2. 性別：□男　□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：□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：□無 □有

7-2. (舊制)身心障礙手冊類別：

□肢體障礙：□上肢(手) □下肢(腳) □軀幹 □四肢

□視覺障礙 □聽覺機能障礙 □平衡機能障礙 □聲音或語言機能障礙

□智能障礙 □重要器官失去功能 □顏面損傷者 □植物人 □失智症

□自閉症 □慢性精神病患者 □頑性(難治型)癲癇症

□多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____

□經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙

□其他經中央主管機關認定之身心障礙類別：□染色體異常 □先天代謝異常

□其他先天缺陷

7-3. (新制)身心障礙分類系統：

□神經系統構造及精神、心智功能 □眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛

□涉及聲音與言語構造及其功能 □循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能

□消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 □泌尿與生殖系統相關構造及其功能

□神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 □皮膚與相關構造及其功能

8. 障礙等級：□輕度 □中度 □重度 □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：□獨居 □與親友同住 □安置機構 □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 □居家使用 □機構或學校使用 □社區或公園

□其他：_____

3. 輔具操控能力：□無自行推動輪椅能力 □可自行推動輪椅 □具良好輪椅操控能力

4. 目前使用的輪椅輔具：

(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) □使用年限不明

(2)現有輪椅輔具種類：□非輕量化量產型輪椅 □輕量化量產型輪椅 □量身訂製型輪椅
□高活動型輪椅 □其他：_____

附加功能(可複選)：□具利於移位功能 □具仰躺功能 □具空中傾倒功能

(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，但需要另行購置一部於不同場所使用
□其他：_____

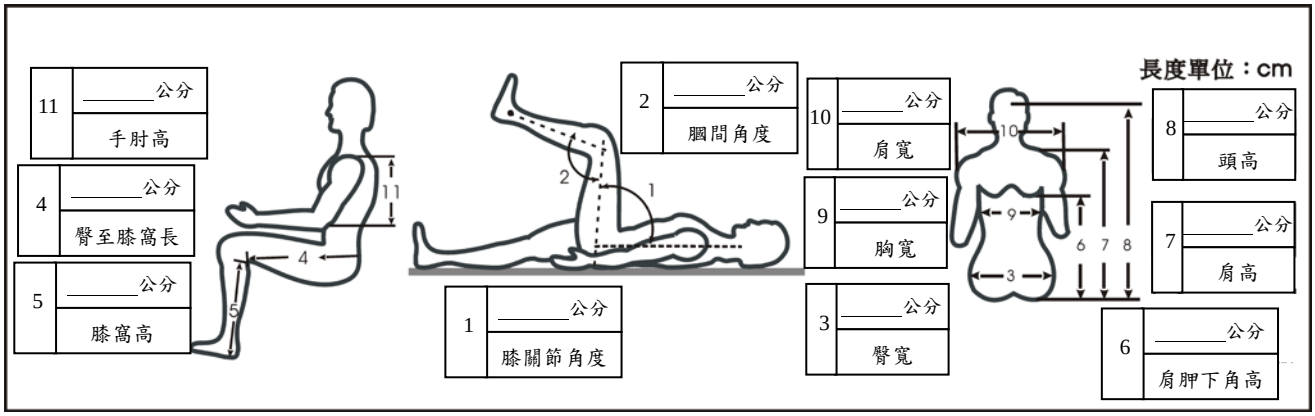
5. 身體功能與構造：

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 □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 □其他：_____

身體尺寸量測：身高約_____公分，體重約_____公斤



※雙側不同時請標示：左/右

身體各部位姿態	坐姿平衡	□良好 □雙手扶持尚可維持平衡 □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：□左側 □右側 □前方 □後方
	骨盆	□正常 □向前/後傾 □向左/右傾斜 □向左/右旋轉 坐姿時骨盆經常：□向前滑動 □向後滑動 □向左滑動 □向右滑動
	脊柱	□正常或無明顯變形 □脊柱側彎 □過度前凸(hyperlordosis) □過度後凸(hyperkyphosis) □其他變形：_____
	頭部控制	□正常 □偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 □完全無法控制
	肩部	□正常 □後縮 □前突
	髖部	□正常 □內收 □外展 □風吹式變形 □其他：_____
	膝部	□正常 □屈曲變形 □伸直變形
	踝部	□正常 □外翻變形 □蹠屈變形
	其他攣縮	部位：_____ 對坐姿擺位之影響：_____

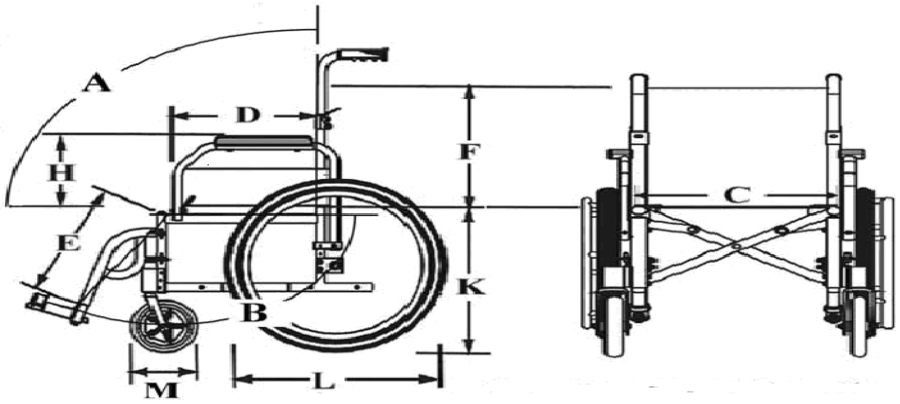
認知能力	□正常 □尚可 □差	視知覺能力	□正常 □尚可 □差
判斷能力	□正常 □錯亂或遲鈍	情緒控制	□正常 □尚可 □差
皮膚感覺	□正常 □異常：_____ □喪失：_____ □無法施測，原因：_____		

壓瘡	□未發生 □過去有 □目前有：部位：_____ 尺寸：_____公分×_____公分 分級：□I □II □III □IV
操作技巧 □使用者 □照顧者	(1)啟動/解除煞車：□可 □否 □遲緩或困難 (2)在平地及坡面上執行前進、後退、轉向及停止：□可 □否 □遲緩或困難 (3)以前進及後退方式在開門時限內進出電梯：□可 □否 (4)自行開門並安全通過：□可 □否 (5)於較窄的通道中穩定向前推行5公尺：□可 □否 (6)進出小轎車或馬桶、床鋪間的轉位：□可 □否 □遲緩或困難 (7)上下10公分的台階：□可 □否 □不安全或困難

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

類型	□輪椅A款(非輕量化量產型輪椅) □輪椅B款(輕量化量產型輪椅) □輪椅C款(量身訂製型輪椅) □推車A款 □推車B款(具40公斤以上載重)	□高活動型輪椅 □輪椅附加功能(可複選，限輪椅B款或C款選配) □輪椅附加功能A款(具利於移位功能) □輪椅附加功能B款(具仰躺功能) □輪椅附加功能C款(具空中傾倒功能)
	主要使用地點：□室內 □戶外 □均需要	主要操作者：□個案本身 □照顧者 □兩者皆要
	骨架形式：□固定式 □折合式	前輪型式：□實心胎 □氣胎 □其他：_____
	後輪形式：□固定 □快拆 □實心胎 □氣胎 □免充氣胎 □軸心可前後調整 □外展角度可依使用者需求設定 □其他：_____	
	手推圈形式：□無需求 □金屬推圈 □塑膠推圈 □加裝梅花輪 □披覆橡膠 □其他：_____	
	煞車形式：□前推式煞車 □後拉式煞車 □加長煞車柄 □推把附煞車 □其他：_____	
座椅系統	椅面	□一般帆布型 □皮質 □布質 □泡棉 □硬式底板 □其他：_____ □輪椅座墊(附評估報告：編號第16號)　座墊總厚度：_____公分
	椅背	□一般帆布型 □皮質 □布質 □泡棉 □擺位系統(附評估報告：編號第03號)
	扶手	□全長式 □近桌式扶手 □固定式 □後掀式 □全拆式 □升降式 □其他：_____
	靠腳	□固定式 □垂直式 □可旋開＋可掀卸式 □可旋開＋可掀卸式＋抬高式 □截肢式 □其他：_____ □小腿靠墊 □小腿靠帶
	踏板	□單片式 □兩片式 □旋轉式 □其他：_____ □腳掌帶 □腳跟擋帶
	其他輪椅/推車配件： □固定帶： □胸帶：□一字型胸帶 □H帶 □其他：_____ □骨盆帶：□彈扣式織帶 □兩節式粘扣帶 □其他：_____ □大腿環帶：□彈扣式織帶 □兩節式粘扣帶 □其他：_____ □小腿環帶：□彈扣式織帶 □兩節式粘扣帶 □其他：_____	

	□臀側支撐墊 □大腿分隔墊 □外展鞍板 □內收鞍板 □前膝檔板 □桌板 □防傾桿 □其他：_____
	

坐椅尺寸與角度相關參數：(單位：公分，除非有特別加註英吋，無需某配件時該參數不填)

座背靠夾角(A)	_____度	椅背高度(F)	_____公分
腿靠角度(B)	_____度	扶手高度(H)	左_____公分 右_____公分
座寬(C)	_____公分	座面高度(K)	_____公分
座深(D)	左_____公分　右_____公分	後輪尺寸(L)	_____英吋
腿靠長度(E)	左_____公分　右_____公分	前輪尺寸(M)	_____英吋

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】

手動輪椅與推車之建議：

□建議使用，補充說明：_____

- □輪椅-A款
- □輪椅-B款
- □輪椅-B款、輪椅附加功能-A款
- □輪椅-B款、輪椅附加功能-A款及B款
- □輪椅-B款、輪椅附加功能-A款及C款
- □輪椅-B款、輪椅附加功能-A款及B款及C款
- □輪椅-C款
- □輪椅-C款、輪椅附加功能-A款
- □輪椅-C款、輪椅附加功能-A款及B款
- □輪椅-C款、輪椅附加功能-A款及C款
- □輪椅-C款、輪椅附加功能-A款及B款及C款
- □高活動型輪椅
- □推車-A款
- □推車-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