身心障礙者輔具補助基準表附表　內政部 101 年 7 月 10 日內授中社字第 1015933764 號令發布

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：15

輔具項目名稱：站立架及傾斜床

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)：□家中 □學校 □社區 □職場
3. 目前使用的站立架或傾斜床：

(1)已使用：______年______月(尚未使用者免填) □使用年限不明

(2)現有站立架或傾斜床種類：□前趴式站立架 □直立式站立架 □後仰式站立架 □傾斜床

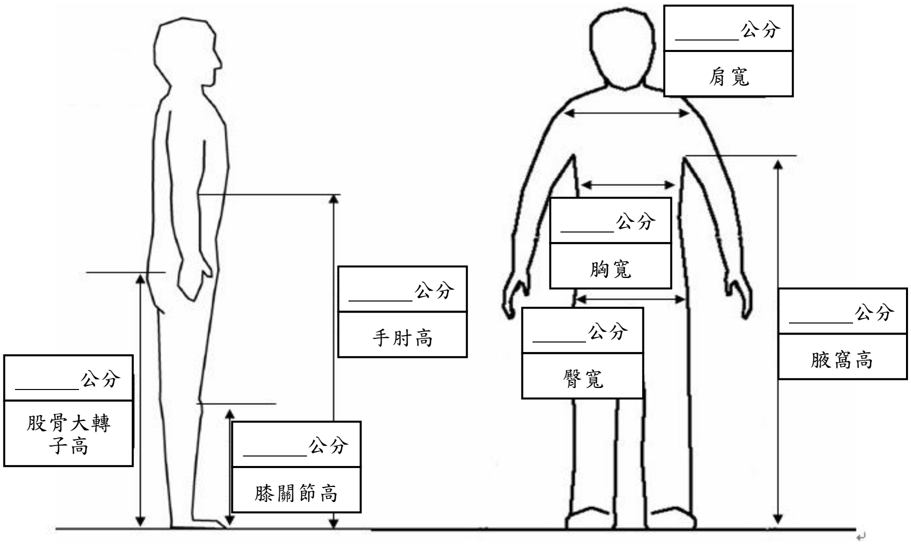
(3)輔具來源：□自購 □社政 □勞政 □教育 □其他：______________________

(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，但需要另行購置一台於不同地點使用
□部分損壞或需要調整，可進行修復或調整
□輔具仍符合使用者現在之使用需求，無需購置
□其他：______________________________

4. 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 □腦外傷
□其他：________

身體尺寸量測：身高：_____公分，體重：_____公斤



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
脊柱	□正常或無明顯變形 □脊柱側彎 □過度後凸(hyperkyphosis) □過度前凸(hyperlordosis) □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
髖部	□正常 □內收 □外展 □風吹式變形 □其他變形：____________________
膝部	□正常 □屈曲變形 □伸直變形
踝部	□正常 □外翻變形 □蹠屈變形 □其他變形：____________________
其他攣縮	部位：____ 對站姿擺位之影響：____________________________
肌肉張力	頭、頸：□正常 □低張 □高張　軀幹：□正常 □低張 □高張 左上肢：□正常 □低張 □高張　右上肢：□正常 □低張 □高張 左下肢：□正常 □低張 □高張　右下肢：□正常 □低張 □高張

站姿平衡能力	站起：□不用手即可站起 □用手協助站起 □沒有協助無法站起 站起前的嘗試次數：□一次即站起 □超過一次才站起 □沒有協助無法站起 站立起 5 秒內平衡：□無需助行器或其他支撐仍穩固 □需助行器或其他支撐才穩固 □完全無法站立平衡 站立平衡：□窄底面無需支撐 □寬底面(腳跟內側距離＞10 公分)但不需其他支撐 □寬底面(腳跟內側距離＞10 公分)且需其他支撐 □不穩

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

□前趴式站立架	相關配件： 1. □胸部側支撐墊：□寬度可調整 □高度可獨立調整 2. □骨盆側支撐墊：□寬度可調整 □高度可獨立調整 3. □膝部分隔支撐墊 4. □足部固定配件，形式：＿＿＿＿＿＿＿＿ 5. □其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ※至少需提供上述 3 項配件 ※固定綁帶與桌板為必要之配件
□後仰式站立架 或傾斜床	相關配件： 1. □頭部側支撐墊：□寬度可調整 □高度可獨立調整 2. □胸部側支撐墊：□寬度可調整 □高度可獨立調整 3. □骨盆側支撐墊：□寬度可調整 □高度可獨立調整 4. □兩側膝部分開固定設計 5. □足部固定配件，形式：＿＿＿＿＿＿＿＿ 6. □踝關節角度調整踏板 7. □手部抓握桿/□支撐桌面 8. □其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ※上述配件需至少提供 3 項 ※固定綁帶為必要之配件

□直立式站立架	相關配件： 1. □胸部側支撐墊：□寬度可調整 □高度可獨立調整 2. □骨盆側支撐墊：□寬度可調整 □高度可獨立調整 3. □兩側膝部支撐配件可獨立調整設計 4. □足部固定配件，形式：____________________ 5. □桌板 6. □其他：__________________________________ ※上述配件需至少提供 3 項 ※固定綁帶為必要之配件 底座設計： 1. □踏板高度限制：需小於__________cm(方便直接轉位站起) 2. □底座直接附輪方便移動 3. □附輪板方便搬移

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】

站立架與傾斜床之建議：

- □建議使用，補充說明：____________________
  - □前趴式站立架
  - □後仰式站立架或傾斜床
  - □直立式站立架
- □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