輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：17

輔具項目名稱：居家用照顧床及氣墊床

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. 使用者居住地點：□居家 □醫院 □學校 □安養機構

2. 目前使用的居家用照顧床：

(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) □使用年限不明

(2)現有居家用照顧床種類：□手動病床 □電動病床 □其他：_____

(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，但需要另行購置一件於不同場所使用

□其他：_____

3. 目前使用的床墊：

(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) □使用年限不明
(2)現有床墊種類：□彈簧床墊 □乳膠床墊 □固態凝膠床墊 □氣墊床 □其他：_____
(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，但需要另行購置一件於不同場所使用
□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 □關節炎 □肌肉萎縮症 □其他：_____
意識狀態	□正常 □障礙：_____
認知能力	□正常 □障礙：_____
皮膚感覺	□正常 □異常:_____ □喪失:_____ □無法施測，原因：_____
姿勢性低血壓	□有 □無 □未施測
目前體力狀態	□良好 □尚可 □不佳
體力可能進展	□維持 □進步 □退化
頭頸控制能力	□正常 □不足：_____ □喪失：_____
肩膀肌力	□正常 □不足：_____
關節活動度	□正常 □受限制：□髖關節 □膝關節 □其他關節：_____
手功能	□正常 □不足：_____ □喪失：_____
翻身能力	翻至左側：□可獨立輕易完成 □執行費力耗時或需借助輔具 □完全依賴 翻至右側：□可獨立輕易完成 □執行費力耗時或需借助輔具 □完全依賴
起床能力	□可獨立輕易完成 □執行費力耗時或需借助輔具 □完全依賴
轉位能力	□可獨立輕易完成 □執行費力耗時或需借助輔具 □完全依賴
姿勢調整能力	□可獨立輕易完成 □執行費力耗時或需借助輔具 □完全依賴
維持坐姿能力	軀幹平衡能力：□有 □無 軀幹長坐姿時挺直能力：□良好 □不佳 軀幹坐姿挺直耐力：□≧2 分鐘 □＜2 分鐘
易導致壓瘡相關危險因子(可複選)	□糖尿病 □失禁 □皮膚清潔狀況不佳 □皮膚經常潮濕 □營養不良 □骨突處皮下軟組織厚度不足 □異常骨突結構 □周邊血管病變異常 □有皮膚感染或疾病 □經常性摩擦 □皮膚感覺異常或喪失 □無法自行執行減壓活動 □其他：_____
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

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

居家用照顧床	□不建議使用	
	類型：□居家用照顧床 □居家用照顧床、附加功能 A 款(具床面升降功能) □居家用照顧床、附加功能 B 款(具電動升降功能) □居家用照顧床、附加功能 A 款及 B 款	
	規格：□一般尺寸 □特製尺寸：□加長至＿＿＿公分 □加寬至＿＿＿公分 □降至最低高度＿＿＿公分 □升至最高高度＿＿＿公分 □三折長度訂做＿＿＿，＿＿＿，＿＿＿	
	控制器：□自己控制 □照顧者控制 □遙控器加大按鈕＿＿＿＿＿＿ □其他改良＿＿＿＿＿＿	
氣墊床	□不建議使用	
	□A 款	應含 18 管以上交替充氣功能之電動空氣幫浦及管狀氣囊組
	□B 款	應含交替充氣功能之電動空氣幫浦及管狀氣囊組，且需提供保固 3 年，並須符合以下所有條件： 1. 交替式充氣之管狀氣囊組，氣囊之管徑 4 英吋以上，並含有異常壓力警示及可暫停交替之開關 2. 氣管為 3 管交替式 3. 單管材質:「PU 聚氨酯(Polyurethane)」或「PU 聚氨酯(Polyurethane)+尼龍(Nylon)」 4. 單管壓力流量每分鐘 4 公升(4L/Min)以上 5. 配有 C.P.R.快速洩氣閥

2. 是否需要接受使用訓練：□不需要 □需要(□居家用照護床 □氣墊床)
3. 是否需要安排追蹤時間：□不需要 □需要(□居家用照護床 □氣墊床)
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】

居家用照顧床之建議：

□建議使用，補充說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(勾選項目僅擇一補助)

□居家用照顧床

□居家用照顧床、附加功能 A 款

□居家用照顧床、附加功能 B 款

□居家用照顧床、附加功能 A 款及 B 款

□不建議使用，理由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氣墊床之建議：

□建議使用，補充說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(勾選項目僅擇一補助)

□氣墊床-A 款

□氣墊床-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. 輔具後續追蹤地點：□居家 □醫院 □安養機構 □其他：＿＿＿＿＿＿＿＿

2. 輔具採購結果：

居家用照顧床

實際購買類型	是否符合原處方輔具
□居家用照顧床 □居家用照顧床、附加功能 A 款 □居家用照顧床、附加功能 B 款 □居家用照顧床、附加功能 A 款及 B 款 □其他：＿＿＿＿＿＿＿＿	□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：＿＿＿＿＿＿＿＿

氣墊床

實際購買類型	是否符合原處方輔具
□氣墊床-A 款 □氣墊床-B 款 □非補助形式之床墊 □其他：＿＿＿＿＿＿＿＿	□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：＿＿＿＿＿＿＿＿

3. 修改、調整與使用訓練：

居家用照顧床

□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

氣墊床

□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