

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：20

輔具項目名稱：上肢義肢

一、基本資料

1.姓名：	2.身分證字號：	3.生日：	年	月	日
4.聯絡人姓名：	與個案關係：	聯絡電話：			
5.戶籍地址：					
6.居住地址(□同戶籍地)：					
7.聯絡(公文寄送)地址(□同戶籍地 □同居住地)：					
8.是否領有身心障礙證明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
9.身心障礙類別(可複選)：	<input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 第四類 <input type="checkbox"/> 第五類 <input type="checkbox"/> 第六類 <input type="checkbox"/> 第七類 <input type="checkbox"/> 第八類 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
10.身心障礙程度分級：	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度				

二、活動需求與情境評估

- 預計使用的場合(可複選)：居家生活 照顧機構 校園學習 職場就業 社交活動
戶外運動 其他：_____
- 活動需求(可複選)：
靜態美觀 一般生活操作 精細動作使用，頻率：_____小時/天
粗重工作使用，頻率：_____小時/天 休閒運動，頻率：_____小時/天 其他：_____
- 人力支持情況(可複選)：獨居 有同住者 有專業人力協助：_____ 其他：_____
- 目前使用的輔具(僅填寫此次申請之相關輔具，無義肢者免填)：
 - 輔具種類：
左側 右側；部分手義肢 腕離斷義肢 肘下義肢 肘離斷義肢 肘上義肢
肩離斷義肢 肩胛骨離斷義肢(肩胛截除義肢)
 - 輔具來源：政府補助：身障 長照 職災 職再 教育 榮民 健保
其他：_____

二手輔具：租借 媒合
自購
其他：_____
 - 已使用約：_____年 使用年限不明
 - 使用情形：部分組件已損壞，需更新該組件
整體已損壞不堪修復，需重新製作
規格或功能不符使用者現在的需求，需更換
適合繼續使用，但需要另行購置於不同情境使用
其他：_____
- 申請部位最近一次截肢日期：_____年_____月 截肢日期不明
- 其他截肢部位：無 有，左側_____截肢 右側_____截肢

三、身體功能與構造及輔具使用相關評估

截肢原因： <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 腫瘤 <input type="checkbox"/> 先天缺損 <input type="checkbox"/> 感染性疾病 <input type="checkbox"/> 周邊血管病變 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
相關疾病或障礙(可複選)： <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 腦外傷 <input type="checkbox"/> 代謝相關疾病 <input type="checkbox"/> 周邊神經病變 <input type="checkbox"/> 心臟功能障礙 <input type="checkbox"/> 血管功能障礙 <input type="checkbox"/> 呼吸功能障礙 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
殘肢狀況： 1. 外形： <input type="checkbox"/> 圓錐狀 <input type="checkbox"/> 圓柱狀 <input type="checkbox"/> 球莖狀 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 2. 軟組織狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 鬆弛 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 3. 皮膚感覺： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 敏感 <input type="checkbox"/> 遲鈍 <input type="checkbox"/> 無法量測 4. 皮膚狀況(可複選)： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 紅腫 <input type="checkbox"/> 有破損 <input type="checkbox"/> 乾燥/脫皮 <input type="checkbox"/> 濕疹/水泡 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 5. 截肢傷口品質： <input type="checkbox"/> 癒合良好 <input type="checkbox"/> 疤痕沾黏 <input type="checkbox"/> 未完全癒合 <input type="checkbox"/> 有感染現象 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 6. 疼痛情形： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 局部，位置：_____ <input type="checkbox"/> 瀰漫性 <input type="checkbox"/> 無法量測 7. 疼痛程度： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 嚴重 <input type="checkbox"/> 無法量測 8. 幻肢覺： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 偶爾出現 <input type="checkbox"/> 時常出現 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 9. 幻肢痛： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 偶爾出現 <input type="checkbox"/> 時常出現 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
其他相關狀況： 1. 異常反射： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，狀況簡述：_____ 2. 神經受損： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，狀況簡述：_____ 3. 異常肌肉張力： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，狀況簡述：_____ 4. 動作協調異常： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，狀況簡述：_____ 5. 認知能力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差，狀況簡述：_____ 6. 義肢穿著獨立性： <input type="checkbox"/> 獨立完成 <input type="checkbox"/> 他人部分協助 <input type="checkbox"/> 他人完全協助 7. 其他可能影響義肢使用之情形： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，狀況簡述：_____	
殘肢量測	身高約：_____公分，體重約：_____公斤
	<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側； <input type="checkbox"/> 肩胛骨離斷截肢(肩胛截除截肢)
	<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側； <input type="checkbox"/> 肩離斷截肢 <input type="checkbox"/> 肘上截肢 <input type="checkbox"/> 肘離斷截肢 1. 殘肢長度(肩峰至殘肢末端)： <input type="checkbox"/> 左側_____公分 <input type="checkbox"/> 右側_____公分 2. 對側上臂長度(肩峰至肱骨外上髁)： <input type="checkbox"/> 左側_____公分 <input type="checkbox"/> 右側_____公分 <input type="checkbox"/> 無法量測 3. 殘肢/對側上臂長度比： <input type="checkbox"/> 0~30% <input type="checkbox"/> 30~50% <input type="checkbox"/> 50~90% <input type="checkbox"/> 90~100% <input type="checkbox"/> 無法量測 4. 殘肢肩關節活動度： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 受限(屈曲_____度，伸直_____度，外展_____度) <input type="checkbox"/> 無法量測 5. 殘肢肩關節肌力：屈曲： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差 伸直： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/> 無法量測
	<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側； <input type="checkbox"/> 肘下截肢 <input type="checkbox"/> 腕離斷截肢 1. 殘肢長度(肱骨外上髁至殘肢末端)： <input type="checkbox"/> 左側_____公分 <input type="checkbox"/> 右側_____公分 2. 對側前臂長度(肱骨外上髁至尺骨莖突)： <input type="checkbox"/> 左側_____公分 <input type="checkbox"/> 右側_____公分 <input type="checkbox"/> 無法量測 3. 殘肢/對側前臂長度比： <input type="checkbox"/> 0~35% <input type="checkbox"/> 35~55% <input type="checkbox"/> 55~90% <input type="checkbox"/> 90~100% <input type="checkbox"/> 無法量測 4. 殘肢肘關節活動度： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 受限(屈曲_____度，伸直_____度) <input type="checkbox"/> 無法量測 5. 殘肢肘關節肌力：屈曲： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差 伸直： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/> 無法量測

左側 右側；手截肢：大拇指 第___手指 遠端橫掌 近端橫掌 其他：___

1. 殘肢指關節活動度：正常 受限：___ 無法量測

2. 殘肢指關節肌力：屈曲：正常 尚可 差

伸直：正常 尚可 差

無法量測

3. 殘肢腕關節活動度：正常 受限(屈曲___度，伸直___度) 無法量測

4. 殘肢腕關節肌力：屈曲：正常 尚可 差

伸直：正常 尚可 差

無法量測

四、評估結果【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】

1. 評估結果：

不建議使用以下輔具；理由：_____

建議使用：

補助項目	使用理由
<input type="checkbox"/> 項次 180 部分手義肢(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 181 腕離斷義肢-美觀型(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 182 腕離斷義肢-功能型(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 183 肘下義肢-美觀型(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 184 肘下義肢-功能型(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 185 肘離斷義肢-美觀型(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 186 肘離斷義肢-功能型(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 187 肘上義肢-美觀型(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 188 肘上義肢-功能型(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 189 肩離斷義肢-美觀型(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 190 肩離斷義肢-功能型(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 191 肩胛骨離斷義肢(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 200 義肢組件更換-義肢手套(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 201 義肢組件更換-手部裝置(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	

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：_____

五、規格配置建議

1. 輔具規格配置(雙側不同時請標示左/右)：

義肢種類	<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側	
	<input type="checkbox"/> 部分手義肢 <input type="checkbox"/> 腕離斷義肢： <input type="checkbox"/> 美觀型 <input type="checkbox"/> 功能型 <input type="checkbox"/> 肘下義肢： <input type="checkbox"/> 美觀型 <input type="checkbox"/> 功能型	<input type="checkbox"/> 肘離斷義肢： <input type="checkbox"/> 美觀型 <input type="checkbox"/> 功能型 <input type="checkbox"/> 肘上義肢： <input type="checkbox"/> 美觀型 <input type="checkbox"/> 功能型 <input type="checkbox"/> 肩離斷義肢： <input type="checkbox"/> 美觀型 <input type="checkbox"/> 功能型 <input type="checkbox"/> 肩胛骨離斷義肢(肩胛截除義肢)
承筒介面 (可複選)	<input type="checkbox"/> 硬式承筒 <input type="checkbox"/> 義肢軟套 <input type="checkbox"/> 義肢襪套 <input type="checkbox"/> 凝膠軟套 <input type="checkbox"/> 軟式承筒 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
懸吊系統	<input type="checkbox"/> 八字吊帶 <input type="checkbox"/> 九字吊帶 <input type="checkbox"/> 直接套入式 <input type="checkbox"/> 髁上懸吊式 <input type="checkbox"/> 凝膠吸附式 <input type="checkbox"/> 胸吊帶 <input type="checkbox"/> 胸吊帶加肩墊 <input type="checkbox"/> 胸吊帶加腰帶 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
肩關節	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 外展式 <input type="checkbox"/> 彎曲式 <input type="checkbox"/> 彎曲-外展式 <input type="checkbox"/> 旋轉球式 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
肘關節	肘上截肢	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 內骨骼式 <input type="checkbox"/> 內接鎖定式 <input type="checkbox"/> 外接鎖定式 <input type="checkbox"/> 肌電控制式 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	肘下截肢	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 單軸式 <input type="checkbox"/> 多中心式 <input type="checkbox"/> 倍增式 <input type="checkbox"/> 柔軟式 <input type="checkbox"/> 其他：_____
腕關節	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 摩擦式 <input type="checkbox"/> 彎曲式 <input type="checkbox"/> 快速更換式 <input type="checkbox"/> 旋轉球式 <input type="checkbox"/> 肌電控制式 位置(可複選)： <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 可彎曲 <input type="checkbox"/> 可伸直 <input type="checkbox"/> 可旋轉 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
手部組件	<input type="checkbox"/> 美觀手指 <input type="checkbox"/> 美觀手掌 <input type="checkbox"/> 功能手鉤(主動張開式) <input type="checkbox"/> 功能手鉤(主動閉合式) <input type="checkbox"/> 機械手掌 <input type="checkbox"/> 肌電義手 <input type="checkbox"/> 特定活動用，說明：_____	
其他配件	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 美觀泡棉 <input type="checkbox"/> 義肢手套 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
操作方式	<input type="checkbox"/> 非操作用(美觀型) <input type="checkbox"/> 自體操控 <input type="checkbox"/> 肌電操控 <input type="checkbox"/> 混合式操控	

2. 其他建議：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

