

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：18

輔具項目名稱：擺位椅及升降桌

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 其他：_____
- 活動需求(可複選)：個案獨立入座 由照顧者協助入座 桌面操作活動
頭頸軀幹控制訓練 情緒穩定專注 其他：_____
- 使用環境特性(可複選)：居家空間狹小 常需移動推行 需跨越門檻 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：_____
- 升降桌使用姿勢(可複選)：坐姿 站姿 其他：_____
- 目前是否使用放大鏡：是 否
- 目前使用的輔具(僅填寫此次申請之相關輔具，尚未使用者免填)：
 - 輔具種類：擺位椅 升降桌 其他：_____
 - 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：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，但需要另行購置於不同場所使用
其他：_____

三、身體功能與構造及輔具使用相關評估

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) 腦外傷(左/右) 小腦萎縮症
腦性麻痺 發展遲緩 運動神經元疾病 巴金森氏症 肌肉萎縮症 小兒麻痺 骨折
截肢 關節炎 其他：_____

身體量測：身高約：_____公分，體重約：_____公斤

11	_____公分		2	_____度		10	_____公分		8	_____公分
	上臂長			膝關節角度			肩寬			頭頂
4	_____公分						9		_____公分	
	臀至膝窩長				3	_____公分			6	_____公分
5	_____公分		1	_____度		臀寬				腋窩
	膝窩高			髖關節角度						

長度單位：cm

※雙側不同時請標示：左/右

坐姿平衡	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 雙手扶持尚可維持平衡 <input type="checkbox"/> 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體明顯會倒向(可複選)： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方
骨盆(可複選)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 向前/後傾 <input type="checkbox"/> 向左/右傾斜 <input type="checkbox"/> 向左/右旋轉
脊柱(可複選)	<input type="checkbox"/> 正常或無明顯變形 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis) <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis) <input type="checkbox"/> 其他變形：_____
頭部控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 <input type="checkbox"/> 完全無法控制
肩部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 後縮 <input type="checkbox"/> 前突 <input type="checkbox"/> 其他：_____
髖部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內收 <input type="checkbox"/> 外展 <input type="checkbox"/> 風吹式變形 <input type="checkbox"/> 其他：_____
膝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 屈曲變形 <input type="checkbox"/> 伸直變形 <input type="checkbox"/> 角度受限 <input type="checkbox"/> 其他：_____
踝部(可複選)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內翻變形 <input type="checkbox"/> 外翻變形 <input type="checkbox"/> 蹠屈變形 <input type="checkbox"/> 背屈變形 <input type="checkbox"/> 其他：_____
其他攣縮	部位：_____，對坐姿擺位之影響：_____
皮膚感覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ <input type="checkbox"/> 喪失：_____ <input type="checkbox"/> 無法施測，原因：_____
壓傷(褥瘡)	<input type="checkbox"/> 未發生 <input type="checkbox"/> 過去有，部位：_____ <input type="checkbox"/> 目前有，部位：_____ 尺寸：_____公分 × _____公分 分級： <input type="checkbox"/> 第 1 級 <input type="checkbox"/> 第 2 級 <input type="checkbox"/> 第 3 級 <input type="checkbox"/> 第 4 級 <input type="checkbox"/> 無法分級 <input type="checkbox"/> 深層組織壓傷

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：

目前安置於機構或住院，即將返家(升降桌限居家使用者申請)

補助項目	使用理由
<input type="checkbox"/> 項次 128 擺位椅-基礎型	
<input type="checkbox"/> 項次 129 擺位椅-調整型	
<input type="checkbox"/> 項次 130 擺位椅-進階調整型	
<input type="checkbox"/> 項次 131 升降桌	

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

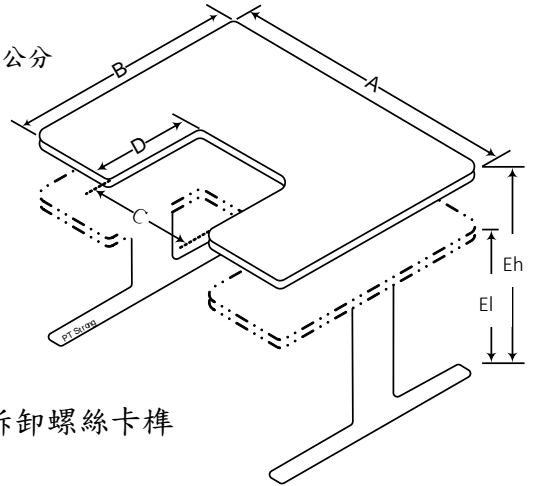
4. 其他：_____

五、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

<input type="checkbox"/> 擺位椅 <input type="checkbox"/> 基礎型 <input type="checkbox"/> 調整型 <input type="checkbox"/> 進階調整型	<p>1. 尺寸配置：</p> 座寬_____公分；座深_____公分；座高_____公分 椅面至扶手高_____公分；椅面至踏板高_____公分 椅面至椅背高_____公分；椅面至頭靠高_____公分 <p>2. 調整功能：</p> <input type="checkbox"/> 座深可調 <input type="checkbox"/> 座寬可調 <input type="checkbox"/> 座高可調 <input type="checkbox"/> 踏板高度可調 <input type="checkbox"/> 座面角度可調 <input type="checkbox"/> 座背靠角度可調 <input type="checkbox"/> 扶手高度可調 <input type="checkbox"/> 頭靠位置可調 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <p>3. 擺位配件：</p> (1) <input type="checkbox"/> 胸帶： <input type="checkbox"/> 一字型胸帶 <input type="checkbox"/> H帶 <input type="checkbox"/> 其他：_____ (2) <input type="checkbox"/> 骨盆帶： <input type="checkbox"/> 魔鬼黏 <input type="checkbox"/> 彈扣式 <input type="checkbox"/> 跨下橫越型 <input type="checkbox"/> 其他：_____ (3) <input type="checkbox"/> 軀幹側支撐墊： <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 寬度可調 <input type="checkbox"/> 可外旋開式 位置：左：離椅面高_____公分 ~ _____公分，深度：_____公分 右：離椅面高_____公分 ~ _____公分，深度：_____公分 (4) <input type="checkbox"/> 大腿環帶： <input type="checkbox"/> 魔鬼黏 <input type="checkbox"/> 彈扣式 <input type="checkbox"/> 其他：_____ (5) <input type="checkbox"/> 分腿墊，型式：_____ (6) <input type="checkbox"/> 膝前擋板，型式：_____ (7) <input type="checkbox"/> 頭靠，型式：_____ (8) <input type="checkbox"/> 其他：_____ <p>4. 課桌/板：</p> <input type="checkbox"/> 獨立課桌 <input type="checkbox"/> 使用桌板： <input type="checkbox"/> 抽屜式桌板 <input type="checkbox"/> 桌板+黏帶 <input type="checkbox"/> 桌板+管+座 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <p>5. 底座形式：</p> <input type="checkbox"/> 需與座椅相連(增加穩定度) <input type="checkbox"/> 加足部綁帶 <input type="checkbox"/> 附輪板方便搬移 <input type="checkbox"/> 直接附輪 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <p>※申請擺位椅-調整型需有 2 項以上調整功能及 2 項以上擺位配件 申請擺位椅-進階調整型需有 5 項以上調整功能及 3 項以上擺位配件</p>
--	--

<input type="checkbox"/> 升降桌	<p>1. 尺寸配置：</p> <p>(1) 桌面寬度(A)：_____公分</p> <p>(2) 桌面深度(B)：_____公分 ※寬度應大於 100 公分、深度應大於 60 公分</p> <p>(3) 適形裁切寬度(C)：_____公分</p> <p>(4) 適形裁切深度(D)：_____公分</p> <p>(5) 桌面高度(Eh~El)： _____公分 ~ _____公分 ※應具有 20 公分以上之高度調整功能</p> <p>2. 調整功能：</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 桌面高度手動升降： <input type="checkbox"/> 手搖調整 <input type="checkbox"/> 氣壓調整 <input type="checkbox"/> 需拆卸螺絲卡榫</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 桌面高度電動升降</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 桌面傾斜角度可調</p> <p>3. 相關配件：</p> <p><input type="checkbox"/> 直接附輪 <input type="checkbox"/> 邊緣擋板 <input type="checkbox"/> 加握把 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p>
<p><input type="checkbox"/> 建議於取得輔具後，與輔具中心預約免費的適配服務，可協助確認購買輔具符合使用需求，聯絡方式：_____</p>	



2. 其他建議：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印