

## 輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：4

輔具項目名稱：移動式身體清洗槽、沐浴椅、便盆椅、沐浴椅或便盆椅附加功能

### 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)：個案獨立浴廁 由照顧者協助浴廁 其他：\_\_\_\_\_
- 使用環境特性(可複選)：浴廁距起居空間較遠 浴廁空間狹小 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：\_\_\_\_\_
- 目前使用的移動式身體清洗槽(尚未使用者免填)：
  - 輔具種類：局部型 全身型 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  
適合繼續使用，無需更換  
其他：\_\_\_\_\_

## 6. 目前使用的沐浴椅(尚未使用者免填)：

(1)輔具種類：沐浴椅 其他：\_\_\_\_\_附加功能(可複選)：附輪 具利於移位之扶手 具仰躺功能 具空中傾倒功能(2)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：\_\_\_\_\_(3)已使用約：\_\_\_\_\_年 使用年限不明(4)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適合繼續使用，無需更換其他：\_\_\_\_\_

## 7. 目前使用的便盆椅(尚未使用者免填)：

(1)輔具種類：馬桶增高器 便盆椅 其他：\_\_\_\_\_附加功能(可複選)：附輪 具利於移位之扶手 具仰躺功能 具空中傾倒功能(2)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：\_\_\_\_\_(3)已使用約：\_\_\_\_\_年 使用年限不明(4)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適合繼續使用，無需更換其他：\_\_\_\_\_

## 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)：

植物人 失智症 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：\_\_\_\_\_管路/造口(可複選)：無 氣切管 鼻胃管 尿管 胃造口 腸造口 膀胱造口其他：\_\_\_\_\_

身體尺寸量測：身高約：\_\_\_\_\_公分，體重約：\_\_\_\_\_公斤，臀寬約：\_\_\_\_\_公分

身體姿態	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 坐姿時骨盆經常： <input type="checkbox"/> 向前滑動 <input type="checkbox"/> 向後滑動 <input type="checkbox"/> 向左滑動 <input type="checkbox"/> 向右滑動
	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"/> 過度前凸(hyperlordosis) <input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis) <input type="checkbox"/> 其他變形：_____
	髖部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內收變形 <input type="checkbox"/> 外展變形 <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"/> 其他：_____
功能評估	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
	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
	如廁沐浴困難	<input type="checkbox"/> 浴廁內移動、操作有跌倒疑慮 <input type="checkbox"/> 無法及時步行到達浴廁，如廁常來不及 <input type="checkbox"/> 步行至浴廁有安全疑慮 <input type="checkbox"/> 無法步行至浴廁 <input type="checkbox"/> 無法以下肢承重轉位

**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：

身心障礙者輔具費用補助項目	長照輔具及居家無障礙環境改善服務給付項目	對應原則	使用理由
<input type="checkbox"/> 項次 163 移動式身體清洗槽-局部型	<input type="checkbox"/> FA20 居家無障礙設施-特殊簡易洗槽	「163」與「FA20」於最低使用年限內不可重複補助	
<input type="checkbox"/> 項次 164 移動式身體清洗槽-全身型	<input type="checkbox"/> FA21 居家無障礙設施-特殊簡易浴槽	「164」與「FA21」於最低使用年限內不可重複補助	
<input type="checkbox"/> 項次 166 馬桶增高器	<input type="checkbox"/> EA01-1 馬桶增高器	「166」與「EA01-1」於最低使用年限內不可重複補助	
<input type="checkbox"/> 項次 167 沐浴椅(一般型)	<input type="checkbox"/> EA01-3 沐浴椅	1. 「167、169、170、171、172」與「EA01-3」於最低使用年限內不可重複補助 2. 「168、169、170、171、172」與「EA01-2」於最低使用年限內不可重複補助 3. 「169、170、171、172」限配搭「167或168」申請	
<input type="checkbox"/> 項次 168 便盆椅(一般型)	<input type="checkbox"/> EA01-2 便盆椅		
<input type="checkbox"/> 項次 169 沐浴椅或便盆椅附加功能-附輪			
<input type="checkbox"/> 項次 170 沐浴椅或便盆椅附加功能-具利於移位之扶手 (無法以下肢承重轉位者，得申請此項，不受第七類障礙等級重度以上之限制)			
<input type="checkbox"/> 項次 171 沐浴椅或便盆椅附加功能-具仰躺功能			
<input type="checkbox"/> 項次 172 沐浴椅或便盆椅附加功能-具空中傾倒功能			

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：

	規格配置	其他配置
<input type="checkbox"/> 移動式 身體清 洗槽	<input type="checkbox"/> 局部型 ※深度達15公分以上，須內建排水裝置	<input type="checkbox"/> 可折疊 <input type="checkbox"/> 充氣式 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	<input type="checkbox"/> 全身型 ※深度達25公分以上，且槽體面積須包覆全身，須內建排水裝置	使用方式： <input type="checkbox"/> 原床沐浴 <input type="checkbox"/> 獨立浴槽 <input type="checkbox"/> 可折疊 <input type="checkbox"/> 以床欄為支架 <input type="checkbox"/> 充氣式 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 沐浴椅	<input type="checkbox"/> 需有扶手 <input type="checkbox"/> 固定式扶手 <input type="checkbox"/> 具利於移位之扶手 ※無法以下肢承重轉位者 <input type="checkbox"/> 需有背靠 ※補助款式必須有背靠 <input type="checkbox"/> 需附輪 ※申請附輪功能需配備骨盆帶 <input type="checkbox"/> 四輪皆轉向輪 <input type="checkbox"/> 僅兩輪為轉向輪 <input type="checkbox"/> 具仰躺功能 <input type="checkbox"/> 具空中傾倒功能 ※申請仰躺/空中傾倒功能，需具有頭頸支撐功能，及配備胸帶	<input type="checkbox"/> 座高調整功能 ※申請沐浴椅若非為附輪型，需具備座高調整功能 <input type="checkbox"/> 骨盆帶 <input type="checkbox"/> 胸帶 <input type="checkbox"/> 頭頸支撐功能 <input type="checkbox"/> 座椅可轉向 <input type="checkbox"/> 可收折 <input type="checkbox"/> 可跨浴缸 <input type="checkbox"/> 特殊座高建議：_____ <input type="checkbox"/> 特殊整體寬度建議：_____公分 (配合門寬或其他環境需求) <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 便盆椅	<input type="checkbox"/> 需附輪 ※申請附輪功能需配備骨盆帶 <input type="checkbox"/> 四輪皆轉向輪 <input type="checkbox"/> 僅兩輪為轉向輪 <input type="checkbox"/> 具利於移位之扶手 ※無法以下肢承重轉位者 <input type="checkbox"/> 具仰躺功能 <input type="checkbox"/> 具空中傾倒功能 ※申請仰躺/空中傾倒功能，需具有頭頸支撐功能，及配備胸帶	<input type="checkbox"/> 座高調整功能 ※申請便盆椅若非為附輪型，需具備座高調整功能 <input type="checkbox"/> 骨盆帶 <input type="checkbox"/> 胸帶 <input type="checkbox"/> 頭頸支撐功能 <input type="checkbox"/> 可跨馬桶 <input type="checkbox"/> 可收折 <input type="checkbox"/> 特殊座高建議：_____ <input type="checkbox"/> 特殊整體寬度建議：_____公分 (配合門寬或其他環境需求) <input type="checkbox"/> 其他：_____
<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：_____		

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