

輔具評估報告格式編號：7

輔具項目名稱：視覺及相關輔具

附件一 功能性視覺評估表

一、基本資料

1.姓名：	2.身分證字號：	3.生日：	年	月	日
4.評估環境描述：_____		地點：_____	天候：_____		
5.眼睛相關疾病史(以敘述方式說明)：_____					
6.有無配戴眼鏡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 單焦 <input type="checkbox"/> 雙焦 <input type="checkbox"/> 多焦 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 太陽眼鏡(顏色：_____)					
<input type="checkbox"/> 其他：_____					
有無幫助： <input type="checkbox"/> 有，助於：_____ <input type="checkbox"/> 無，原因：_____					

二、評估目的及使用情境

三、評估項目

1. 一般視力狀況：

(1)眼睛外觀(可複選)：

- 右眼：正常 角膜混濁 鞏膜、結膜充血 眼瞼(閉合/下垂/不能閉合) 其他：_____
- 眼球震顫，形容情形：_____
- 斜視：偏上 偏下 偏內 偏外
- 左眼：正常 角膜混濁 鞏膜、結膜充血 眼瞼(閉合/下垂/不能閉合) 其他：_____
- 眼球震顫，形容情形：_____
- 斜視：偏上 偏下 偏內 偏外

(2)有無偏好使用一眼：無 右眼 左眼(3)有無轉動眼球、頭、或身體來觀看物體：無 有，描述動作：_____(4)有無眯著眼睛看東西：無 有，形容情形：_____

(5)光線敏感度：

- 畏光：無 有，說明：_____
- 眩光：無 有，說明：_____

(6)天候與時段影響：

影響最為明顯	<input type="checkbox"/> 最佳天候及最佳時段(視力最佳)	<input type="checkbox"/> 不佳天候及不佳時段(視力最差)
天候	<input type="checkbox"/> 無差別 <input type="checkbox"/> 豔陽 <input type="checkbox"/> 晴天 <input type="checkbox"/> 陰天 <input type="checkbox"/> 雨天	<input type="checkbox"/> 無差別 <input type="checkbox"/> 豔陽 <input type="checkbox"/> 晴天 <input type="checkbox"/> 陰天 <input type="checkbox"/> 雨天
時段	<input type="checkbox"/> 無差別 <input type="checkbox"/> 清晨 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 黃昏 <input type="checkbox"/> 晚上	<input type="checkbox"/> 無差別 <input type="checkbox"/> 清晨 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 黃昏 <input type="checkbox"/> 晚上

(7)明/暗適應：可，無明顯明暗適應問題

- 不佳：戶外↔戶內 人行道↔騎樓 大樓、行道樹陰影
- 夜間無路燈或較暗巷道 夜間路燈/車燈/招牌刺眼 其他：_____

(8)無法表現功能性視覺能力時，請填此項：

A. 注視能力(眼睛可以停留在某件物品上至少看著三秒鐘)：

可 有困難，說明：_____

B. 追視(眼睛能一直跟著移動中的物品而移動)：

可 有困難，說明：_____

C. 注視力轉移(眼睛的注視力可從甲物轉到乙物上面)：

可 有困難，說明：_____

D. 掃描(眼睛可依循著一個方向找靜態的東西)：

可 有困難，說明：_____

E. 主體背景分辨能力(觀看賣場海報時，可以辨認海報上的其中一項物品)：

可 有困難，說明：_____

F. 遠近調適力(看到距離三公尺或以上的文字時，可以一邊抬頭看，一邊將其抄寫下來)：

可 有困難，說明：_____

2. 遠距離(300公分以上)視覺功能：

(1)遠距離視覺功能表現：裸視 矯正

施測(閱讀)工具	施測結果(自然燈光)	施測結果(依需求評估調整，可複選) <input type="checkbox"/> 加光 <input type="checkbox"/> 減光 <input type="checkbox"/> 其他調整，說明：_____
<input type="checkbox"/> Lea numbers (標準距離300公分)	實測距離：_____公分 視力值(計算後數值)： <input type="checkbox"/> 右眼：_____ <input type="checkbox"/> 左眼：_____ <input type="checkbox"/> 雙眼：_____	實測距離：_____公分 視力值(計算後數值)： <input type="checkbox"/> 右眼：_____ <input type="checkbox"/> 左眼：_____ <input type="checkbox"/> 雙眼：_____
<input type="checkbox"/> 其他施測方法與結果：_____		

(2)最喜歡或必須做的遠距離活動(說明困難時請具體說明環境光線、視距、欲閱讀的文字大小與顏色對比及執行表現)：

辨認人臉：順利執行，距離：_____ 有困難，說明：_____看黑板/白板：順利執行，距離：_____ 有困難，說明：_____看電影：順利執行，距離：_____ 有困難，說明：_____室內行走：熟悉環境：順利執行 有困難，踢、撞到障礙物 上下樓梯 其他：_____陌生環境：順利執行 有困難，踢、撞到障礙物 上下樓梯 其他：_____室外行走：熟悉環境：順利執行 有困難，踢、撞到障礙物 上下樓梯 其他：_____陌生環境：順利執行 有困難，踢、撞到障礙物 上下樓梯 其他：_____搭乘公共交通工具：順利執行：公車 計程車 捷運/臺鐵/高鐵 復康巴士 其他：_____有困難：公車 計程車 捷運/臺鐵/高鐵 復康巴士 其他：_____路標、招牌辨識：順利執行 有困難，說明：_____購物：順利執行 有困難，說明：_____其他：_____：順利執行 有困難，說明：_____

3. 中距離(40至300公分)視覺功能：

最喜歡或必須做的中距離活動：

用視覺觀看電視節目內容：順利執行，距離：_____ 有困難，說明：_____操作電腦：順利執行 有困難，說明：_____

(1)操作頻率：_____

(2)螢幕大小：_____英吋

(3)眼睛與螢幕之距離：_____公分

(4)螢幕亮度、字體大小和顏色：無調整 有調整，_____(5)游標顏色和大小：無調整 有調整，_____(6)另備輔助工具：無 有，說明：_____

(7)眼睛與鍵盤之距離：_____公分

(8)鍵盤字體大小及顏色調整：無調整 有調整，_____其他活動_____：順利執行 有困難，說明：_____

4. 近距離(40公分以下)視覺功能：

(1)近距離視覺功能表現：裸視 矯正

施測(閱讀)工具	施測結果(自然燈光)	施測結果(依需求評估調整，可複選) <input type="checkbox"/> 加光 <input type="checkbox"/> 減光 <input type="checkbox"/> 其他調整，說明：_____
<input type="checkbox"/> 字卡 最佳辨識字型： <input type="checkbox"/> 標楷體 <input type="checkbox"/> 細明體 <input type="checkbox"/> 其他_____	實測距離：_____公分 文字大小 舒適：_____號字/字高_____公分 最小：_____號字/字高_____公分	實測距離：_____公分 文字大小 舒適：_____號字/字高_____公分 最小：_____號字/字高_____公分
<input type="checkbox"/> Lea numbers (標準距離40公分)	實測距離：_____公分 視力值(計算後數值)： <input type="checkbox"/> 右眼：_____ <input type="checkbox"/> 左眼：_____ <input type="checkbox"/> 雙眼：_____	實測距離：_____公分 視力值(計算後數值)： <input type="checkbox"/> 右眼：_____ <input type="checkbox"/> 左眼：_____ <input type="checkbox"/> 雙眼：_____
<input type="checkbox"/> 其他施測方法與結果說明：_____		
評估觀察	<input type="checkbox"/> 漏字或跳行 <input type="checkbox"/> 行間距影響 <input type="checkbox"/> 字間距影響 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 漏字或跳行 <input type="checkbox"/> 行間距影響 <input type="checkbox"/> 字間距影響 <input type="checkbox"/> 其他：_____

(2)近距離對比敏感度：

施測工具：Low Contrast Flip Charts：

施測距離：標準距離40公分 調整距離_____公分

閾值：1.25% 2.5% 5% 10% 25% 無法辨識視標

The Mars Letter Contrast Sensitivity Test：

施測距離：標準距離41~59公分 調整距離_____公分

施測結果：一般 中度損失 重度損失 極重度損失 無法辨識視標

其他：_____

(3)螢幕使用偏好：

A. 閱讀螢幕資訊時，偏好使用：

原色模式 白底黑字 黑底白字 黃底黑字 其他(請依上述方式說明)：_____

B. 使用擴視機閱讀紙本資料時，偏好使用：

原色模式 白底黑字 黑底白字 黃底黑字 其他(請依上述方式說明)：_____

(4)最喜歡或必須做的近距離活動：

操作手機/平板：順利執行，放大 語音 其他：_____

有困難，說明：_____

眼睛與螢幕之距離：_____公分

目前喜歡或需要閱讀什麼：帳單、收據 回診單、藥袋、處方箋等醫療單據 報紙

書籍、雜誌 其他：_____

目前是否搭配輔具：否 是，輔具：放大鏡 擴視機 手機 其他：_____

書寫的字可辨識嗎：是 重疊 寫不直 大小不一 其他：_____

書寫距離：30公分 20公分 10公分 5公分 其他：_____公分

其他活動：_____：順利執行 有困難，說明：_____

5. 色覺

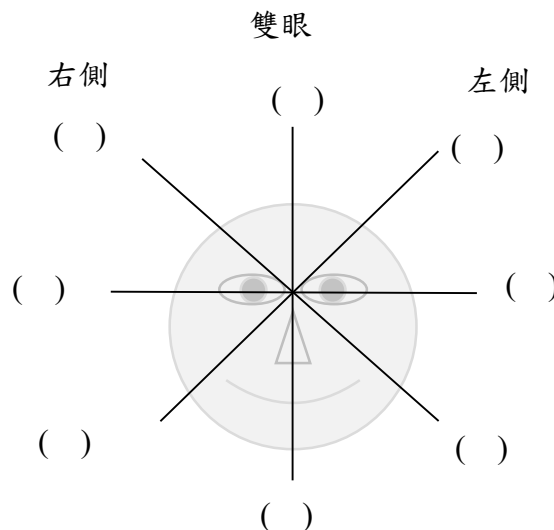
色票，結果：正常 色弱，可辨識黑 白 紅 橙 黃 綠 藍 紫 棕色

PV-16，結果：正常 紅色弱(盲) 綠色弱(盲) 藍色弱(盲)

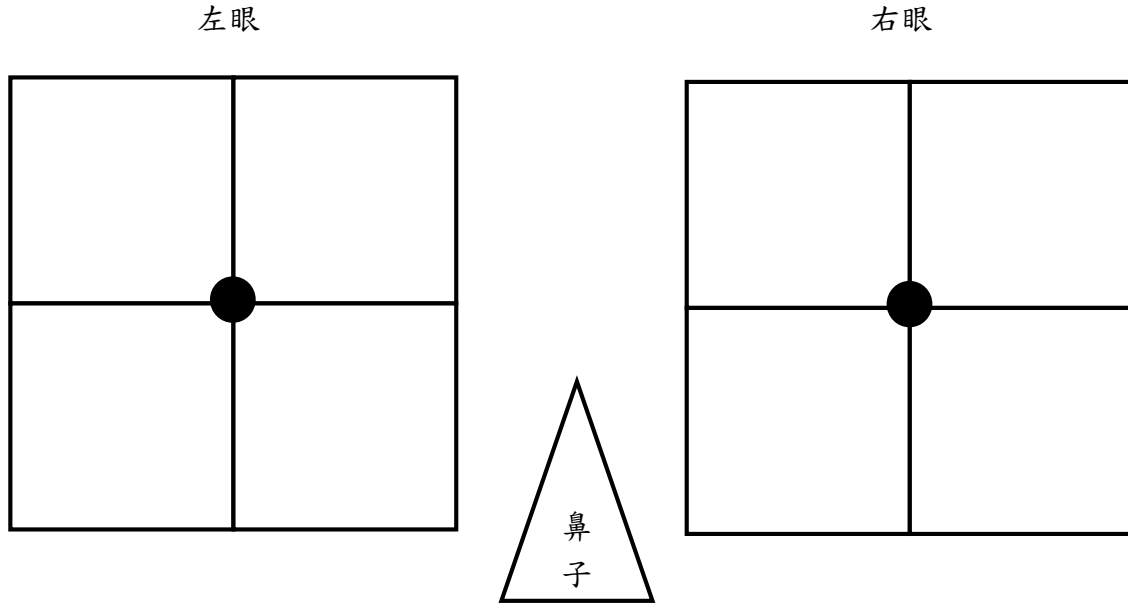
6. 視野

周邊視野：對坐法於_____公分施測，目標物直徑_____公分，目標物顏色：_____

()內請填視野角度



中心視野：於下方表格標示個案視野範圍



四、評估結果統整(主要記錄「目前可能影響案主的生活和獨立性之視覺功能表現」)

- 視力方面：
 - 遠距離視力： _____
 - 中距離視力： _____
 - 近距離視力： _____
- 視野方面： _____
- 對比敏感度： _____
- 光線敏感度： _____
- 顏色辨識： _____
- 眼球動作： _____
 - 斜視： _____
 - 震顫： _____

評估單位： _____

評估人員： _____ 職稱： _____

評估日期： _____

評估單位用印