

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：14

輔具項目名稱：溝通或電腦輔具用支撐固定器

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 學校 機構 職場 其他：_____
- 預計使用的位置(可複選)：
 - 桌面 床面 行動輔具(如：推車/輪椅/電動輪椅/電動代步車)
 - 其他(如：站立架、擺位椅)：_____
- 活動需求(可複選)：使用溝通輔具 使用電腦輔具 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：_____

目前主要照顧者與使用者關係：_____，是否能協助使用輔具：是 否
- 目前使用的溝通或電腦輔具用支撐固定器(尚未使用者免填)：
 - 輔具型式(可複選)：
 - 夾具型式：圓管 方管 其他形式：_____
 - 具可移動式及固定於地面的附輪底座
 - 輔具可固定種類(可複選)：
 - 特殊開關 替代性滑鼠 替代性鍵盤 語音溝通板
 - 筆記型電腦/平板電腦/桌上型電腦螢幕 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)：	
<input type="checkbox"/> 中風偏癱(左/右) <input type="checkbox"/> 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) <input type="checkbox"/> 腦外傷(左/右) <input type="checkbox"/> 小腦萎縮症 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 運動神經元疾病 <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 截肢 <input type="checkbox"/> 罕見疾病(疾病名)：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____	
可有效執行輔具控制的肢體部位 (可複選，請評估兩個以上最佳操控部位)	上肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側；部位： <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 手腕或手掌 <input type="checkbox"/> 肩或肘
	下肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側；部位： <input type="checkbox"/> 腿或膝 <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腳趾
	頭頸及五官： <input type="checkbox"/> 下巴 <input type="checkbox"/> 臉頰 <input type="checkbox"/> 嘴 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 眼
	其他部位：_____
可有效執行輔具控制的操作姿勢	操作姿勢(可複選)： <input type="checkbox"/> 坐姿 <input type="checkbox"/> 站姿 <input type="checkbox"/> 平躺姿 <input type="checkbox"/> 側躺 <input type="checkbox"/> 趴姿 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	是否需要特殊擺位協助(如：站立架、擺位椅)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
欲固定的溝通或電腦輔具：	
1. 種類(可複選)： <input type="checkbox"/> 特殊開關(<input type="checkbox"/> 機械式開關 <input type="checkbox"/> 電容感應式開關 <input type="checkbox"/> 吹吸開關 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="checkbox"/> 語音溝通板 <input type="checkbox"/> 筆記型電腦/平板電腦/桌上型電腦螢幕 <input type="checkbox"/> 替代性滑鼠 <input type="checkbox"/> 替代性鍵盤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
2. 規格：長_____公分，寬_____公分，高_____公分，重量_____公克	
3. 與聯結器固定方式(可複選)： <input type="checkbox"/> 魔鬼氈 <input type="checkbox"/> 螺絲鎖 <input type="checkbox"/> 快拆固定座 <input type="checkbox"/> 磁吸固定座 <input type="checkbox"/> 吸盤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
4. 欲安裝的位置(可複選)： <input type="checkbox"/> 桌面： <input type="checkbox"/> 一般桌面 <input type="checkbox"/> 升降桌面 <input type="checkbox"/> 輪椅： <input type="checkbox"/> 桌板 <input type="checkbox"/> 骨架 <input type="checkbox"/> 底座 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 床面： <input type="checkbox"/> 床上桌 <input type="checkbox"/> 床邊桌 <input type="checkbox"/> 床欄 <input type="checkbox"/> 床頭片/床尾片	

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 108 溝通或電腦輔具用支撐固定器	

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：_____

2. 其他建議： _____

評估單位： _____

評估人員： _____ 職稱： _____

評估日期： _____

