

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：09

輔具項目名稱：助聽器

一、基本資料

| | |
|---|--|
| 1. 姓名：_____ | 2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 3. 國民身分證統一編號：_____ | 4. 生日：_____年_____月_____日 |
| 5. 戶籍地：_____縣(市)_____鄉鎮市區_____村(里)_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓 | |
| 6. 聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地(下列免填) _____縣(市)_____鄉鎮市區_____村(里)_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓 | |
| 7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| 7-2. (舊制)身心障礙手冊類別： <input type="checkbox"/> 肢體障礙： <input type="checkbox"/> 上肢(手) <input type="checkbox"/> 下肢(腳) <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 聲音或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 顏面損傷者 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神病患者 <input type="checkbox"/> 頑性(難治型)癲癇症 <input type="checkbox"/> 多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____ <input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙 <input type="checkbox"/> 其他經中央主管機關認定之身心障礙類別： <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 先天代謝異常 <input type="checkbox"/> 其他先天缺陷 | |
| 7-3. (新制)身心障礙分類系統： <input type="checkbox"/> 神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能 <input type="checkbox"/> 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 泌尿與生殖系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 皮膚與相關構造及其功能 | |
| 8. 障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 | |
| 9. 聯絡人：姓名：_____與身心障礙者關係：_____聯絡電話：_____ | |
| 10. 居住情況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與親友同住 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |

二、使用評估

- 使用目的與活動需求(可複選)：日常生活 醫療 就學 就業 休閒與運動
其他：_____
- 輔具使用環境(可複選)：家中 學校 社區 職場 其他：_____
- 是否配戴過助聽器：無 有(廠牌：_____，機型：_____)
 - 已使用：_____年_____月(尚未有助聽器免填) 使用年限不明
 - 現有助聽器種類：口袋型 耳掛型 耳內型 其他：_____
 - 輔具來源：自購 社政 教育 勞政 其他：_____
 - 目前使用情形：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，但需要另行購置一款於不同場所使用

部分損壞或需要調整，可進行修復或調整

其他：_____

4. 配戴助聽器前之聽力評估：

(1) 純音聽力檢查結果

| 閾值/分貝 測驗耳 | 500 Hz | | | | 1,000 Hz | | | | 2,000 Hz | | | | 4,000 Hz | | | |
|--------------|--------|----|------|------|----------|----|------|------|----------|----|------|------|----------|----|------|------|
| | 氣導 | 骨導 | 不舒適閾 | 動態範圍 | 氣導 | 骨導 | 不舒適閾 | 動態範圍 | 氣導 | 骨導 | 不舒適閾 | 動態範圍 | 氣導 | 骨導 | 不舒適閾 | 動態範圍 |
| 右耳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 左耳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聲場 | | | | | | | | | | | | | | | | |

※未施測之欄位填寫「DNT」或以斜線畫銷；無法施測之欄位填寫「CNT」；以儀器最大輸出施測仍無行為反應之欄位，填寫最大施測音量並加註「NR」文字。

※如任一頻率動態範圍(不舒適閾減去氣導閾值)不足 60 分貝，該耳建議選配 C 款助聽器。

如不舒適閾或氣導閾值無數值致無法計算動態範圍，則填寫「NA」文字或以斜線畫銷。

※無法分耳施測純音聽力檢查時，才併耳施以聲場純音聽力檢查。

右耳氣導純音閾值平均值：_____分貝(500Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

左耳氣導純音閾值平均值：_____分貝(500Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

聲場聽閾平均值：_____分貝(500Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

(2) 語音聽力檢查結果：(此項檢查視情況決定是否需評估)

| | 閾值(SRT) | 最適音量(MCL) | 最適音量之語音分變(SD) | 其他 |
|----|---------|-----------|---------------|----|
| 右耳 | 分貝 | 分貝 | % | |
| 左耳 | 分貝 | 分貝 | % | |
| 聲場 | 分貝 | 分貝 | % | |

※無法分耳施測語音聽力檢查時，才併耳施以聲場語音聽力檢查。

(3) 鼓室圖檢查結果：未檢查 雙耳無顯著異常 需轉介醫療處置

中耳炎病史：無 有(右耳 左耳)

(4) 電生理檢查結果：(此項檢查視情況決定是否需評估)

| 聽性腦幹反應檢查(ABR 閾值) | | | | | 單位：分貝(dB nHL) |
|---------------------|-----|--------|----------|----------|---------------|
| | 寬頻音 | 500 Hz | 1,000 Hz | 2,000 Hz | 4,000 Hz |
| 右耳 | | | | | |
| 左耳 | | | | | |
| 骨導 | | | | | |
| 穩定誘發聽力檢查(ASSR/SSEP) | | | | | 單位：分貝(dB eHL) |
| | | 500 Hz | 1,000 Hz | 2,000 Hz | 4,000 Hz |
| 右耳 | | | | | |
| 左耳 | | | | | |

5. 聽力損失個案史：

| | |
|--------|---|
| 發現聽損時間 | <input type="checkbox"/> 0~2 歲 <input type="checkbox"/> 2~5 歲 <input type="checkbox"/> 5 歲以上 |
| 主要溝通模式 | <input type="checkbox"/> 口語 <input type="checkbox"/> 口手語 <input type="checkbox"/> 手語 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

| | |
|--------|--|
| 類型 | <input type="checkbox"/> 助聽器 A 款(口袋型, 6 歲以下不建議使用) <input type="checkbox"/> 助聽器 B 款(類比式或手調數位式) <input type="checkbox"/> 助聽器 C 款(數位式) |
| 選配耳 | <input type="checkbox"/> 雙耳選配 (口袋型或骨傳導助聽器僅符合「一只」助聽器) <input type="checkbox"/> 優先選配於右耳 <input type="checkbox"/> 優先選配於左耳 |
| 搭配聽覺輔具 | <input type="checkbox"/> 無相關建議 <input type="checkbox"/> 無線音訊串流/遠端麥克風系統 <input type="checkbox"/> 警示指示及信號裝置 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |

2. 是否需要接受使用訓練(6 歲以下必須接受使用訓練)：需要 不需要

3. 是否需要安排追蹤時間(6 歲以下必須安排)：需要 不需要

4. 其他建議事項：_____

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】

各項檢查結果：_____ 一致 不一致

助聽器之建議：

- 建議使用，補充說明：_____
- 助聽器-A 款(口袋型)(6 歲以下不建議使用)
- 助聽器-B 款(類比式或手調數位式)
- 助聽器-C 款(數位式)
- 不建議使用，原因：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 評估日期：_____

