

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：10

輔具項目名稱：助聽器(嬰幼兒版)

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

1. 使用目的與活動需求(可複選)：日常生活 醫療 就學 其他：_____
2. 輔具使用環境(可複選)：家中 學校 其他：_____
3. 目前使用的助聽器：
 - (1)已使用：_____年_____月(尚未有助聽器免填) 使用年限不明
 - (2)現有助聽器種類：耳掛型 耳內型 骨導型 其他：_____
 - (3)輔具來源：自購 社政 教育 勞政 其他：_____

- (4)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：

(配戴前之聽力評估以純音聽力檢查為主要檢查項目，若無法執行該項檢查時或經評估需要再輔以其他三項檢查)

(1)純音聽力檢查結果，可信度：一致 不一致 單位：分貝(dB HL)

閾值/ 頻率/ 分貝 測驗耳	250Hz		500Hz		1KHz		2KHz		3KHz		4KHz	
	氣導	骨導	氣導	骨導	氣導	骨導	氣導	骨導	氣導	骨導	氣導	骨導
右耳												
左耳												
聲場												

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

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

聲場聽閾平均值：_____分貝(500Hz、1KHz、2KHz、4KHz)

(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)	最不適音量(UCL)	語音分辨(SD)
右耳	分貝	分貝	分貝	%
左耳	分貝	分貝	分貝	%

(3)鼓室圖檢查結果：無 A 型 B 型 C 型 As 型 Ad 型

中耳炎病史：無 有

(4)聽性腦幹反應檢查結果(ABR)：(無法執行純音聽力檢查時才須使用此項檢查)

目的要求： (1)ABR 閾值檢查 (2)聽神經病變診斷檢查

	(1)閾值	(2)第五波潛時值(請填寫最明顯之第五波)
左耳(dB nHL)	分貝	分貝 msec
右耳(dB nHL)	分貝	分貝 msec
測試耳	頻率	
	500Hz	1000Hz
	2000Hz	4000Hz
左耳閾值(dBnHL)		
右耳閾值(dBnHL)		

5. 助聽器需求建議

助聽器規格需求	特殊需求/注意事項
<input type="checkbox"/> 特殊聽力圖型，須注意頻率調整彈性(Multi-channels)	<input type="checkbox"/> 配戴眼鏡
<input type="checkbox"/> 有聽力波動病史，須注意音量增益彈性(Fitting Range)	<input type="checkbox"/> 耳道窄小/耳廓發育異常，助聽器固定不易
<input type="checkbox"/> 聽力損失程度尚未確定，建議頻率與音量增益調整彈性大之助聽器	<input type="checkbox"/> 中耳炎病史/曾接受中耳手術，取耳型須留意
<input type="checkbox"/> 可與 FM 無線調頻系統相容	<input type="checkbox"/> 肢體發展遲緩(無法坐立)，需注意助聽器

<input type="checkbox"/> 須使用兒童耳掛勾	固定方式
<input type="checkbox"/> 重至極重度聽損，須注意耳模密合度或具聲反饋消除系統之助聽器	<input type="checkbox"/> 曾使用過助聽器 廠牌：_____ 型號：_____
<input type="checkbox"/> 極重度聽損，需使用強力型(675 號電池)助聽器	<input type="checkbox"/> 聽神經病變個案
	<input type="checkbox"/> 個案流汗量大，助聽器易故障
<input type="checkbox"/> 輕度低頻聽損，若耳道許可，建議耳模增加氣孔	<input type="checkbox"/> 個案活動量大，須注意固定方式

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

類型	規格	配置相關事項
<input type="checkbox"/> 助聽器 B 款(類比式或手調數位式)	採類比方式處理聲音訊號或數位型採手調方式調整之助聽器。	1. 功能及規格未符合 C 款標準者，補助額度以 B 款標準為限
<input type="checkbox"/> 助聽器 C 款(數位式)	採數位方式處理聲音訊號之助聽器，並符合下列 4 種以上功能或規格： (1)具 4 個壓縮頻道以上 (2)多聆聽程式 (3)噪音抑制 (4)方(指)向性麥克風 (5)迴饋音消除 (6)自動情境辨識(切換)功能 (7)雙耳同步功能 (8)資料記錄 (9)學習(可訓練)功能 (10)頻率壓縮、搬移 (11)與無線傳輸系統相容 (12)與遙控裝置相容 (13)與線圈系統相容 (14)內建實耳測量功能	1. 再度申請時，除 C 款外可免提出聽覺評估報告。申請 C 款者應於驗配後 3 個月內經聽力師出具驗證合格報告(驗證報告格式編號#)始予補助 2. 應檢附輔具照片、輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本標準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、型號、序號、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話，並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號及其他必要資訊
助聽器外型	<input type="checkbox"/> 耳掛型： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 開放式選配： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 骨導型 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
助聽器建議	配戴於： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 雙耳 <input type="checkbox"/> 建議評估或搭配使用其他聽覺輔具： <input type="checkbox"/> 人工電子耳 <input type="checkbox"/> FM 調頻系統	

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. 其他建議事項：_____

四、補助建議【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】

助聽器之建議：

- 建議使用，補充說明：_____
- 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：_____

聽力師：_____ 評估日期：_____

評估單位用印