

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：18

輔具項目名稱：擺位椅及升降桌

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 就業 休閒與運動
2. 輔具使用環境(可複選)：家中 學校 社區 職場
3. 現有輔具種類：無 擺位椅 升降桌 其他： _____
4. 目前使用的擺位椅或升降桌：
 - (1)已使用： _____ 年 _____ 月(尚未使用者免填) 使用年限不明
 - (2)輔具來源：自購 社政 勞政 教育 其他： _____

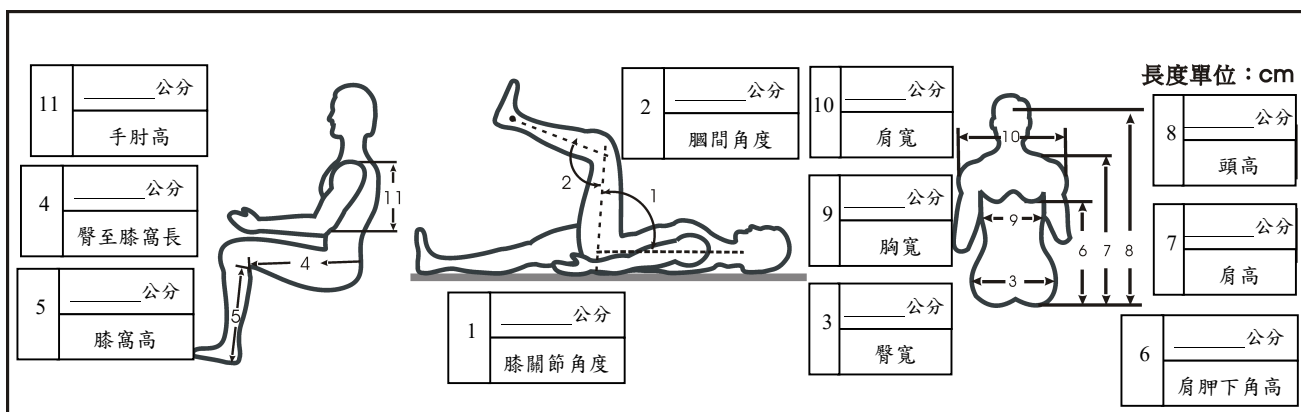
- (3)目前使用情形：已損壞不堪修復，需更新
規格或功能不符使用者現在的需求，需更換
部分損壞或需要調整，可進行修復或調整
輔具仍符合使用者現在之使用需求，無需購置
其他：_____

5. 身體功能與構造：

輔具使用之相關診斷(可複選)：

- 中風偏癱(左/右) 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) 腦性麻痺或發展遲緩 小兒麻痺
運動神經元疾病 下肢骨折或截肢 關節炎 心肺功能疾病 肌肉萎縮症 腦外傷
其他：_____

身體尺寸量測：身高：_____公分，體重：_____公斤



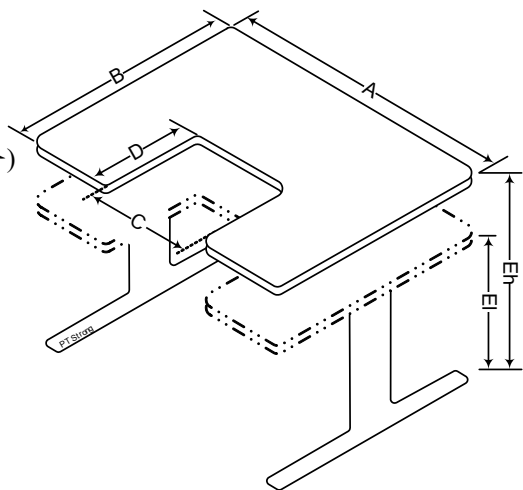
坐姿平衡	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 雙手扶持尚可維持平衡 <input type="checkbox"/> 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方
骨盆	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 向前/後傾 <input type="checkbox"/> 向左/右傾斜 <input type="checkbox"/> 向左/右旋轉
脊柱	<input type="checkbox"/> 正常或無明顯變形 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis) <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis) <input type="checkbox"/> 其他變形：_____
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
肩部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 後縮 <input type="checkbox"/> 前突
髖部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內收 <input type="checkbox"/> 外展 <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
踝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 外翻變形 <input type="checkbox"/> 蹠屈變形
其他攣縮	部位：_____，對坐姿擺位之影響：_____
皮膚感覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ <input type="checkbox"/> 喪失：_____ <input type="checkbox"/> 無法施測，原因：_____
壓瘡	<input type="checkbox"/> 未發生 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 目前有：部位：_____ 尺寸：_____公分×_____公分 分級： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

<input type="checkbox"/> 擺位椅	<p>1. 尺寸配置： 座寬_____公分；座深_____公分；座高_____公分 座墊至扶手高_____公分；座墊至踏板高_____公分 椅座頂至頭靠高_____公分</p> <p>2. 調整功能： <input type="checkbox"/>座深可調 <input type="checkbox"/>座寬可調 <input type="checkbox"/>座高可調 <input type="checkbox"/>踏板高度可調 <input type="checkbox"/>座面角度可調 <input type="checkbox"/>座背靠角度可調 <input type="checkbox"/>扶手高度可調 <input type="checkbox"/>頭靠位置可調 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>3. 擺位配件： (1)<input type="checkbox"/>胸帶：<input type="checkbox"/>一字型胸帶 <input type="checkbox"/>H帶 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>(2)<input type="checkbox"/>骨盆帶：<input type="checkbox"/>魔鬼黏 <input type="checkbox"/>彈扣式 <input type="checkbox"/>跨下橫越型 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>(3)<input type="checkbox"/>軀幹側支撐墊：<input type="checkbox"/>固定式 <input type="checkbox"/>寬度可調 <input type="checkbox"/>可外旋開式 位置：左：離座墊高_____公分~_____公分 深度：_____公分 右：離座墊高_____公分~_____公分 深度：_____公分</p> <p>(4)<input type="checkbox"/>大腿環帶：<input type="checkbox"/>魔鬼黏 <input type="checkbox"/>彈扣式 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>(5)<input type="checkbox"/>分腿墊，型式 _____</p> <p>(6)<input type="checkbox"/>膝前檔板，型式 _____</p> <p>(7)<input type="checkbox"/>頭靠，型式 _____</p> <p>(8)<input type="checkbox"/>其他： _____</p> <p>4. 課桌/板： <input type="checkbox"/>獨立課桌 <input type="checkbox"/>使用桌板：<input type="checkbox"/>抽屜式桌板 <input type="checkbox"/>桌板+黏帶 <input type="checkbox"/>桌板+管+座 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>5. 底座形式： <input type="checkbox"/>需與座椅相連(增加穩定度) <input type="checkbox"/>加足部綁帶 <input type="checkbox"/>附輪板方便搬移 <input type="checkbox"/>直接附輪 <input type="checkbox"/>其他： _____</p> <p>※申請 B 款擺位椅需有 2 項以上調整功能及 2 項以上擺位配件 申請 C 款擺位椅需有 5 項以上調整功能及 3 項以上擺位配件</p>
------------------------------	--

<input type="checkbox"/> 升降桌	<p>1. 尺寸配置：</p> <p>(1) 桌面寬度(A)：_____公分</p> <p>(2) 桌面深度(B)：_____公分 (寬度應大於 100 公分、深度應大於 60 公分)</p> <p>(3) 適形裁切寬度(C)：_____公分</p> <p>(4) 適形裁切深度(D)：_____公分</p> <p>(5) 桌面高度(Eh~El)： _____公分~_____公分 (應具有 20 公分以上之高度調整功能)</p> <p>2. 調整功能：</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 桌面高度手動升降 <input type="checkbox"/> 手搖調整 <input type="checkbox"/> 氣壓調整 <input type="checkbox"/> 需拆卸螺絲卡榫</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 桌面高度電動升降</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 桌面傾斜角度可調</p> <p>3. 相關配件：</p> <input type="checkbox"/> 直接附輪 <input type="checkbox"/> 邊緣擋版 <input type="checkbox"/> 加握把 <input type="checkbox"/> 其他：_____
------------------------------	---



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】

擺位椅之建議：

建議使用，補充說明：_____

(勾選項目僅擇一補助)

擺位椅-A 款

擺位椅-B 款

擺位椅-C 款

不建議使用，理由：_____

升降桌之建議：

建議使用，補充說明：_____

不建議使用，理由：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印

五、檢核與追蹤紀錄

1. 輔具採購結果是否符合原處方輔具：

完全符合

功能、形式與原處方符合，部分規格及零配件略有出入，但大致符合

功能、形式或規格與原處方有顯著差異，不符原處方精神

其他：_____

2. 修改、調整與使用訓練：

無須修改及調整

經修改調整後以符合使用需求

建議配合使用訓練以期能安全操作

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____

檢核單位用印