

## 輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：20

輔具項目名稱：上肢義肢

### 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
- 輔具使用情境(可複選)：保護 美觀 一般操作 精細動作 粗重工作  
其他特殊需求：\_\_\_\_\_
- 輔具穿著獨立性：獨立完成 他人部分協助 他人完全協助
- 目前使用的上肢義肢：  
(1)已使用：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月(尚未使用者免填) 使用年限不明  
(2)現有上肢義肢種類：部分手義肢 腕離斷義肢 肘下義肢 肘離斷義肢 肘上義肢  
肩關節離斷義肢 肩胛骨離斷義肢  
(3)輔具來源：自購 健保 社政 勞政 教育 其他：\_\_\_\_\_

本評估報告書由內政部委請下列單位協助規劃設計

規劃單位：內政部多功能輔具資源整合推廣中心 設計單位：臺北榮民總醫院身障重建中心

- (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，但需要另行購置一具於不同情境使用  
其他：\_\_\_\_\_
5. 輔具使用之相關診斷(可複選)：截肢 中風偏癱(左/右) 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦)  
腦性麻痺或發展遲緩 運動神經元疾病 骨折或關節炎  
心肺功能疾病 腦外傷 其他：\_\_\_\_\_
6. 此次欲申請義肢之部位：\_\_\_\_\_
7. 申請部位最近一次截肢日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 截肢日期不明
8. 截肢原因：周邊血管疾病 外傷 腫瘤 先天缺損 其他：\_\_\_\_\_
9. 皮膚感覺：正常 喪失 幻肢覺或幻痛 無法施測，原因：\_\_\_\_\_
10. 循環與呼吸系統功能：正常 心臟功能障礙 血管功能障礙 淋巴水腫  
呼吸功能障礙 其他：\_\_\_\_\_
11. 肌肉力量：無異常  
異常，上肢：左側 右側 雙側，肩 肘 腕 手  
下肢：左側 右側 雙側，髖 膝 踝 足  
其他：\_\_\_\_\_
12. 肌肉張力：無異常  
異常，過高：上肢：左側 右側 雙側，肩 肘 腕 手  
下肢：左側 右側 雙側，髖 膝 踝 足  
過低：上肢：左側 右側 雙側，肩 肘 腕 手  
下肢：左側 右側 雙側，髖 膝 踝 足  
其他：\_\_\_\_\_
13. 關節活動度：無受限  
受限，上肢：左側 右側 雙側，肩 肘 腕 指 關節  
下肢：左側 右側 雙側，髖 膝 踝 趾 關節  
其他：\_\_\_\_\_
14. 需保護或變形之關節：無  
有，上肢：左側 右側 雙側，肩 肘 腕 指 關節  
下肢：左側 右側 雙側，髖 膝 踝 趾 關節  
其他：\_\_\_\_\_
15. 異常反射：無 有，異常狀況簡述：\_\_\_\_\_
16. 協調功能障礙：無 有，異常狀況簡述：\_\_\_\_\_
17. 臂神經叢：無損傷 有，\_\_\_\_\_側
18. 殘肢狀況：  
(1)殘肢長度：肘下截肢，自肱骨外上髁以下：左側\_\_\_\_\_公分 右側\_\_\_\_\_公分  
肘上截肢，自肩峰以下：左側\_\_\_\_\_公分 右側\_\_\_\_\_公分  
(2)殘肢外型：漏斗型 葫蘆型 其他\_\_\_\_\_
- (3)傷口品質：已癒合 尚未癒合 其他\_\_\_\_\_

(4)腫脹消退情形：已消退完成 尚未消退完成 其他\_\_\_\_\_

19. 其他截肢部位：無 有：\_\_\_\_\_側\_\_\_\_\_截肢

### 三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

配置項目	配置日期： 年 月 日
義肢種類	<input type="checkbox"/> 部分手義肢 <input type="checkbox"/> 腕離斷或肘下義肢 <input type="checkbox"/> 肘離斷或肘上義肢 <input type="checkbox"/> 肩關節離斷或肩胛骨離斷義肢 <input type="checkbox"/> 更換美觀手套(限原義肢使用滿兩年)
義肢懸吊系統	<input type="checkbox"/> 八字型肩帶 <input type="checkbox"/> 九字型肩帶 <input type="checkbox"/> 髁上懸吊 <input type="checkbox"/> 馬鞍型 <input type="checkbox"/> 矽膠吸附式 <input type="checkbox"/> 其他：_____
肩關節	<input type="checkbox"/> 外展式 <input type="checkbox"/> 彎曲式 <input type="checkbox"/> 外展-彎曲式 <input type="checkbox"/> 旋轉球式 <input type="checkbox"/> 其他：_____
肘關節	<input type="checkbox"/> 皮帶彎曲式 <input type="checkbox"/> 單軸式 <input type="checkbox"/> 多軸式 <input type="checkbox"/> 倍增式 <input type="checkbox"/> 外接可固定式 <input type="checkbox"/> 內接可固定式 <input type="checkbox"/> 其他：_____
腕關節	<input type="checkbox"/> 固定摩擦式 <input type="checkbox"/> 快速交換式 <input type="checkbox"/> 可彎曲式 <input type="checkbox"/> 其他：_____
手部裝置	<input type="checkbox"/> 美觀手指(掌) <input type="checkbox"/> 功能手鉤 <input type="checkbox"/> 功能手掌 <input type="checkbox"/> 肌電義手 <input type="checkbox"/> 其他：_____
操作方式	<input type="checkbox"/> 非操作用 <input type="checkbox"/> 自體操控 <input type="checkbox"/> 肌電操控 <input type="checkbox"/> 混合式操控

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】

上肢義肢之建議：

建議使用，補充說明：\_\_\_\_\_

更換美觀手套

部分手義肢

腕離斷義肢

肘下義肢

肘離斷義肢

肘上義肢

肩關節離斷義肢

肩胛骨離斷義肢

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，建議修改調整部位：\_\_\_\_\_

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