

輔具評估報告書

輔具項目名稱：壓力衣

一、基本資料

1. 姓名：	2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 身分證字號：	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

- 目前使用的壓力衣：
 - (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：尚未使用輔具
已損壞不堪修復，需重製
規格或功能不符現在使用需求，需重製
部份零件損壞或需要調整，可進行修復或調整
符合使用者現在使用需求，無需購置
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：財團法人陽光社會福利基金會設計

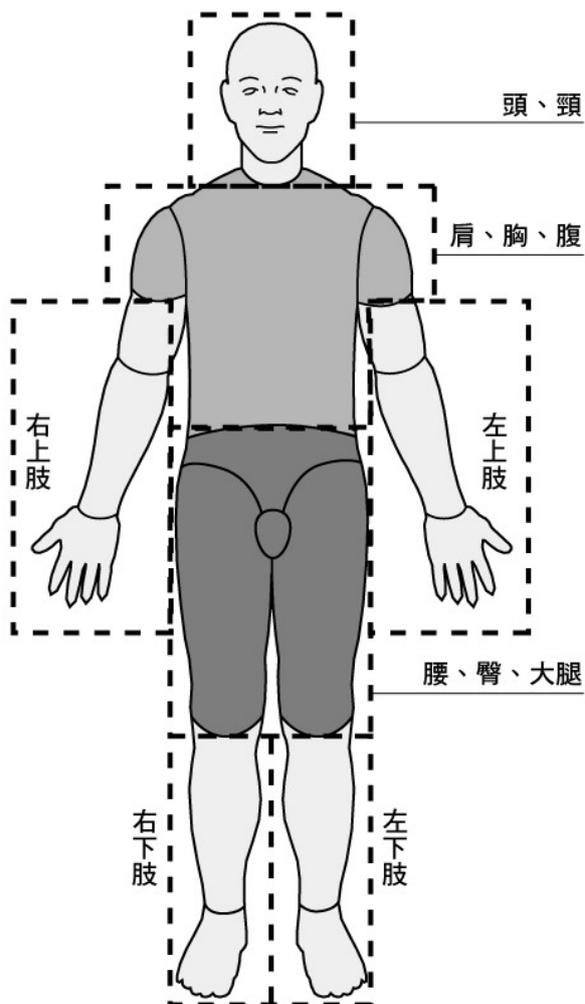
2. 身體功能與構造：

(1) 輔具使用之相關診斷：

- 燒燙傷 皮膚損傷：_____ 身體腫瘤：_____ 循環障礙：_____
- 其他：_____

(2) 需使用壓力衣之疤痕位置：

疤痕位置	
頭頸	頭部： <input type="checkbox"/> 前額 <input type="checkbox"/> 眼部 <input type="checkbox"/> 鼻子 <input type="checkbox"/> 口部 <input type="checkbox"/> 耳朵 <input type="checkbox"/> 面頰 <input type="checkbox"/> 下巴 <input type="checkbox"/> 頭頂 <input type="checkbox"/> 後枕部 頸部： <input type="checkbox"/> 前面 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 後面
肩胸腹背	<input type="checkbox"/> 左肩部 <input type="checkbox"/> 右肩部 <input type="checkbox"/> 胸廓部 <input type="checkbox"/> 中腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 上半背 <input type="checkbox"/> 下半背 <input type="checkbox"/> 左側腰 <input type="checkbox"/> 右側腰
左上肢	<input type="checkbox"/> 上臂 <input type="checkbox"/> 肘部 <input type="checkbox"/> 前臂 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手背 <input type="checkbox"/> 手掌 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 虎口
右上肢	<input type="checkbox"/> 上臂 <input type="checkbox"/> 肘部 <input type="checkbox"/> 前臂 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手背 <input type="checkbox"/> 手掌 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 虎口
腰臀大腿	左側： <input type="checkbox"/> 鼠蹊 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 大腿前 <input type="checkbox"/> 大腿後 <input type="checkbox"/> 大腿內 <input type="checkbox"/> 大腿外 右側： <input type="checkbox"/> 鼠蹊 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 大腿前 <input type="checkbox"/> 大腿後 <input type="checkbox"/> 大腿內 <input type="checkbox"/> 大腿外
左下肢	<input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 小腿前 <input type="checkbox"/> 小腿後 <input type="checkbox"/> 踝 <input type="checkbox"/> 腳背 <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腳指
右下肢	<input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 小腿前 <input type="checkbox"/> 小腿後 <input type="checkbox"/> 踝 <input type="checkbox"/> 腳背 <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腳指



請依損傷部位勾選

- 頭頸
- 肩胸腹背
- 左上肢
- 右上肢
- 腰臀大腿
- 左下肢
- 右下肢

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

款式	特殊說明
<input type="checkbox"/> 頭套 <input type="checkbox"/> 全罩 <input type="checkbox"/> 半罩 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意：_____ <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 上衣 <input type="checkbox"/> 長袖 <input type="checkbox"/> 短袖 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意：_____ <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 褲子 <input type="checkbox"/> 長褲 <input type="checkbox"/> 短褲 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意：_____ <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 袖套	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意：_____ <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 手套 <input type="checkbox"/> 有指 <input type="checkbox"/> 無指 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意：_____ <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 腿套	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意：_____ <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 腳套 <input type="checkbox"/> 有指 <input type="checkbox"/> 無指 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意：_____ <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 頸圈 <input type="checkbox"/> 厚 <input type="checkbox"/> 薄 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意：_____ <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____

2. 壓力衣配件之建議：內襯墊，位置：_____

矽膠片，位置：_____

鼻管 擴嘴器 耳朵副木 透明壓力面膜

其他：_____

3. 是否需要接受使用訓練：需要(穿著方式 洗滌保養 水腫觀察 傷口觀察 疤痕觀察)

不需要

4. 是否需要安排追蹤時間：需要 不需要

5. 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】

壓力衣之建議：

建議使用，補充說明：_____

A 款：頭頸

B 款：肩胸腹背

C 款：右上肢

D 款：左上肢

E 款：腰臀大腿

F 款：右下肢

G 款：左下肢

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. 輔具使用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，部分規格及零件略有出入，但大致符合

功能、形式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：

無須修改與調整

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

不堪使用，需重新製作

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____

檢核單位用印