

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：3

輔具項目名稱：擺位系統

一、基本資料

1. 姓名：	2. 身分證字號：	3. 生日：	年	月	日
4. 聯絡人姓名：	與個案關係：	聯絡電話：			
5. 戶籍地址：					
6. 居住地址(□同戶籍地)：					
7. 聯絡(公文寄送)地址(□同戶籍地 □同居住地)：					
8. 是否領有身心障礙證明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
9. 身心障礙類別(可複選)：	<input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 第四類 <input type="checkbox"/> 第五類 <input type="checkbox"/> 第六類 <input type="checkbox"/> 第七類 <input type="checkbox"/> 第八類 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
10. 身心障礙程度分級：	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度				

二、活動需求與情境評估

- 預計使用的場合(可複選)：
 - 靜態學習/室內辦公 室內外頻繁移動協助維持平衡 以交通載具運送增進輪椅乘坐安全
- 進行擺位系統評估的主要原因(可複選)：
 - 維持軀幹挺直之肌力不足 輪椅動態移動時易失平衡 張力反射干擾坐姿穩定
 - 身體變形影響坐姿平衡 坐姿不佳導致腰背酸痛 頭頸下垂/側彎影響視線、吞嚥或溝通
- 欲搭配使用的輪椅類型：
 - 手動輪椅：自推/介護兩用輪椅 介護型輪椅 高活動型輪椅 動力輔助型手動輪椅
 - 電動輪椅：帆布型座椅 沙發型座椅 擺位型座椅
 - 是否具有姿勢變換功能(可複選)：無 後躺 空中傾倒 抬腿 站立 升降
- 人力支持情況(可複選)：獨居 有同住者 有專業人力協助：_____ 其他：_____
- 目前使用的輔具：(僅填寫此次申請之相關輔具，尚未使用者免填)
 - 輔具種類(可複選)：平面型輪椅背靠 曲面適形輪椅背靠 輪椅頭靠系統
輪椅擺位架，包括：_____
 - 輔具來源：政府補助：身障 長照 職災 職再 教育 榮民 健保
其他：_____
 - 二手輔具：租借 媒合
 - 自購
 - 其他：_____
 - 已使用約：_____年 使用年限不明
 - 使用情形：已損壞不堪修復，或無法轉換至新的輪椅上，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，但需要另行購置於不同輪椅使用
其他：_____

三、身體功能與構造及輔具使用相關評估

輔具使用之相關診斷(可複選)： <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 中風偏癱(左/右) <input type="checkbox"/> 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) <input type="checkbox"/> 腦外傷(左/右) <input type="checkbox"/> 小腦萎縮症 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 運動神經元疾病 <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 截肢 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
身高約：_____公分，體重約：_____公斤，體型概述：_____	
 <p>長度單位為：<input type="checkbox"/>公分 <input type="checkbox"/>英吋</p>	※若雙側數據不同者請分別標示：左/右(L/R)
	1.坐面最寬處：_____
	2.胸廓寬度：_____
	3.肩峰距離：_____
	4.肩胛下角高：_____
5.腋窩高度：_____	
6.肩峰高度：_____	
7.胸廓厚度：_____	
8.枕骨中心高：_____	
身體部位姿態	靜態下 坐姿維持能力 <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，身體明顯會倒向(可複選)： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方
	輪椅移動時 坐姿維持能力 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可維持平衡 <input type="checkbox"/> 需以輔具加強軀幹支撐
	骨盆(可複選) <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 坐姿時骨盆經常： <input type="checkbox"/> 向前滑動 <input type="checkbox"/> 向後滑動 <input type="checkbox"/> 向左滑動 <input type="checkbox"/> 向右滑動
	脊柱(可複選) <input type="checkbox"/> 正常或無明顯變形 <input type="checkbox"/> 受重力作用時彎曲變形，但平躺時可回正 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎(scoliosis)： <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> S型，主要凸向_____側，頂點在_____位置 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 合併有脊柱旋轉(vertebral rotation) <input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis) <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis)
異常肌張力 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 徐動 <input type="checkbox"/> 低張，位於_____ <input type="checkbox"/> 高張，位於_____	
對於坐姿的影響：_____	
軀幹控制能力	頭頸部控制： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 癱瘓 左側控制： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 癱瘓 上背部控制： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 癱瘓 右側控制： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 癱瘓 下背部控制： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 癱瘓
上肢活動需求 (可複選)	<input type="checkbox"/> 需要推動輪椅 <input type="checkbox"/> 需要控制搖桿 <input type="checkbox"/> 經常需要伸到後方取物 <input type="checkbox"/> 無明顯功能
背墊操作能力	1.移位時放置或移除背墊的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 2.移除或設置軀幹側支撐的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 3.扣緊或鬆開胸部固定帶的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助
擺位系統拆裝 的需求與能力	<input type="checkbox"/> 完全不需要拆裝 <input type="checkbox"/> 需要，但可獨立自行拆裝，頻率約：_____
	<input type="checkbox"/> 需要他人協助，頻率約：_____

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】

1. 評估結果：

不建議使用以下輔具；理由：_____

建議使用：

身心障礙者輔具費用補助項目	長照輔具及居家無障礙環境改善服務給付項目	對應原則	使用理由
<input type="checkbox"/> 項次 26 擺位系統-平面型輪椅背靠	<input type="checkbox"/> EC07 擺位系統-A 款 (平面型輪椅背靠)	「26、27」與「EC07、EC08」於最低使用年限內不可重複補助	
<input type="checkbox"/> 項次 27 擺位系統-曲面適形輪椅背靠	<input type="checkbox"/> EC08 擺位系統-B 款 (曲面適形輪椅背靠)		
<input type="checkbox"/> 項次 28 擺位系統-輪椅擺位架 (數量：_____支，包含：_____)	<input type="checkbox"/> EC09 擺位系統-C 款 (輪椅軀幹側支撐架)	「28」與「EC09」於最低使用年限內不可重複補助	
<input type="checkbox"/> 項次 29 擺位系統-輪椅頭靠系統	<input type="checkbox"/> EC10 擺位系統-D 款 (輪椅頭靠系統)	「29」與「EC10」於最低使用年限內不可重複補助	

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：_____

五、規格配置建議

<input type="checkbox"/>	輪椅	背	靠	<p>1. 底板形式：<input type="checkbox"/>平面型硬底板 <input type="checkbox"/>曲面適形硬底板(<input type="checkbox"/>胸部適形 <input type="checkbox"/>臀部適形 <input type="checkbox"/>其他適形)</p> <p>2. 墊體材質：<input type="checkbox"/>平面泡棉墊 <input type="checkbox"/>適形泡棉墊 <input type="checkbox"/>充氣墊 <input type="checkbox"/>流體凝膠墊 <input type="checkbox"/>固態或顆粒凝膠墊 <input type="checkbox"/>填充式氣囊 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>3. 吊掛方式：<input type="checkbox"/>螺絲鎖固，無快拆 <input type="checkbox"/>以管夾直扣背靠桿前方 <input type="checkbox"/>嵌入式吊掛系統</p> <p>4. 背墊調整功能：<input type="checkbox"/>無調整 <input type="checkbox"/>深度調整 <input type="checkbox"/>角度調整 <input type="checkbox"/>背部曲度支撐調整 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>5. 相關配件：<input type="checkbox"/>胸部固定帶：<input type="checkbox"/>一字型胸帶 <input type="checkbox"/>H型胸帶 <input type="checkbox"/>胸帶導引環 <input type="checkbox"/>其他：_____</p>
				<p>6. 背板剪裁與尺寸 長度單位：<input type="checkbox"/>公分 <input type="checkbox"/>英吋</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>A</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>C</p> </div> </div> <p>背板剪裁： <input type="checkbox"/>無特殊剪裁(A) <input type="checkbox"/>「I」型剪裁(B) <input type="checkbox"/>肩胛剪裁(C)</p> <p>背靠寬度(W)：_____</p> <p>背靠高度(H)：_____</p> <p>腰身內切程度-適用 I 型剪裁： 左(D1)：_____，右(D2)：_____</p> <p>腰身高度-適用 I 型剪裁： 左(T1)：_____ ~ (T2)：_____</p> <p>右(T3)：_____ ~ (T4)：_____</p>
				<p>安裝部位：</p> <p><input type="checkbox"/>軀幹側支撐架：<input type="checkbox"/>左側 <input type="checkbox"/>右側；安裝位置： (左)離座墊_____公分 ~ _____公分，離背墊_____公分 ~ _____公分 (右)離座墊_____公分 ~ _____公分，離背墊_____公分 ~ _____公分</p> <p><input type="checkbox"/>臀側支撐架：<input type="checkbox"/>左側 <input type="checkbox"/>右側</p> <p><input type="checkbox"/>膝前擋板 <input type="checkbox"/>分腿器 <input type="checkbox"/>內收鞍板(<input type="checkbox"/>左側 <input type="checkbox"/>右側) <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>擺位架宜有可外掀/快拆功能： <input type="checkbox"/>軀幹側支撐架 <input type="checkbox"/>臀側支撐架 <input type="checkbox"/>分腿器 <input type="checkbox"/>內收鞍板 <input type="checkbox"/>膝前擋板 <input type="checkbox"/>其他：_____</p>
				<p><input type="checkbox"/>頭靠系統基座的安裝方式：</p> <p><input type="checkbox"/>直接鎖固於硬式背板 <input type="checkbox"/>安裝於連結輪椅左右背靠桿間的連桿上</p> <p>提供支撐部位包括(可複選)： <input type="checkbox"/>枕部 <input type="checkbox"/>枕下雙側 <input type="checkbox"/>肩鎖支撐 <input type="checkbox"/>顛部支撐(_____側) <input type="checkbox"/>前額支撐(_____側)</p> <p>加裝下列配件：<input type="checkbox"/>頭部綁帶 <input type="checkbox"/>外掀/快拆機構 <input type="checkbox"/>下巴支撐 <input type="checkbox"/>其他：_____</p>
				<p><input type="checkbox"/>建議於取得輔具後，與輔具中心預約免費的適配服務，可協助確認購買輔具符合使用需求，聯絡方式：_____</p>
				<p>其他建議：_____</p>

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印