

## 輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：16

輔具項目名稱：輪椅座墊

### 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)：居家生活 照顧機構 校園學習 職場就業 其他：\_\_\_\_\_
- 活動需求(可複選)：預防壓傷(擺位需求：有 無) 照護壓傷(擺位需求：有 無)
- 使用環境特性(可複選)：室內 戶外 居家使用 機構或學校 社區 職場  
其他：\_\_\_\_\_
- 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(尚未使用者免填)：
  - 輔具種類：連通管氣囊輪椅座墊-基礎型 連通管氣囊輪椅座墊-橡膠材質基礎型  
連通管氣囊輪椅座墊-橡膠材質分區型 液態凝膠輪椅座墊  
固態凝膠輪椅座墊 填充式氣囊輪椅座墊  
客製化適形泡棉輪椅座墊 其他：\_\_\_\_\_
  - 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，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場所使用  
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"/> 其他：_____	
身體尺寸量測：	
身高約：_____公分，體重約：_____公斤，臀寬_____公分，臀至膝窩長_____公分	
身體各部位姿態	靜態坐姿平衡 <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
	動態坐姿平衡 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不佳，需用手或他人扶持下協助返回原靜態坐姿 在未扶持下，身體重心往該側移動容易失去平衡(可複選)： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方
	骨盆(可複選) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 向前/後傾；變形情況： <input type="checkbox"/> 可調整 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 向左/右傾斜；變形情況： <input type="checkbox"/> 可調整 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 向左/右旋轉；變形情況： <input type="checkbox"/> 可調整 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 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，且平躺時可回復。彎曲說明：_____ <input type="checkbox"/> 脊柱側彎： <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> S型；主要凸向_____側，頂點在_____位置 變形情況： <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis)： <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis)： <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)
	髖部 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內收： <input type="checkbox"/> 可調整 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 外展： <input type="checkbox"/> 可調整 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 風吹式變形： <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 其他：_____
臀部減壓能力	<input type="checkbox"/> 獨立將身體撐起進行減壓 <input type="checkbox"/> 藉由座椅姿勢或角度變換進行減壓 <input type="checkbox"/> 藉由身體重心偏移進行減壓 <input type="checkbox"/> 無自主減壓能力，或減壓效率不彰
座墊操作能力	1. 移位時放置或改變座墊位置的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 2. 檢視座墊使用狀態的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 3. 調整座墊壓力或擺位參數的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 4. 清潔、保養座墊的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 5. 照顧者是否能協助個案使用此輔具： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
易導致壓傷發生的危險因子(可複選)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 皮膚清潔狀況不佳 <input type="checkbox"/> 皮膚經常潮濕 <input type="checkbox"/> 營養不良 <input type="checkbox"/> 臀部皮下軟組織厚度不足 <input type="checkbox"/> 異常骨突結構 <input type="checkbox"/> 周邊血管病變異常 <input type="checkbox"/> 有皮膚感染或疾病 <input type="checkbox"/> 經常性摩擦 <input type="checkbox"/> 臀部皮膚感覺異常或喪失 <input type="checkbox"/> 無法自行執行減壓活動 <input type="checkbox"/> 其他：_____

壓傷(褥瘡)	<input type="checkbox"/> 未發生 <input type="checkbox"/> 過去有，部位：_____ <input type="checkbox"/> 目前有，部位：_____ 尺寸：_____公分 × _____公分 分級： <input type="checkbox"/> 第 1 級 <input type="checkbox"/> 第 2 級 <input type="checkbox"/> 第 3 級 <input type="checkbox"/> 第 4 級 <input type="checkbox"/> 無法分級 <input type="checkbox"/> 深層組織壓傷
配合座墊 使用之座椅	座面尺寸(座寬×座深)：_____公分 × _____公分 支撐面： <input type="checkbox"/> 硬板 <input type="checkbox"/> 布面 <input type="checkbox"/> 手動輪椅： <input type="checkbox"/> 介護型 <input type="checkbox"/> 自推型 座椅姿勢或角度變換的減壓功能： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 電動輪椅：座椅姿勢或角度變換的減壓功能： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手動操作 <input type="checkbox"/> 電動操作 <input type="checkbox"/> 其他：_____
常態性單次 乘坐時間	<input type="checkbox"/> 30 分鐘以下 <input type="checkbox"/> 30 分鐘到 2 小時 <input type="checkbox"/> 2 小時以上 說明：_____

**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 114 連通管氣囊輪椅座墊-基礎型 <input type="checkbox"/> 項次 115 連通管氣囊輪椅座墊-橡膠材質基礎型 <input type="checkbox"/> 項次 116 連通管氣囊輪椅座墊-橡膠材質分區型 <input type="checkbox"/> 項次 117 液態凝膠輪椅座墊 <input type="checkbox"/> 項次 118 固態凝膠輪椅座墊 <input type="checkbox"/> 項次 119 填充式氣囊輪椅座墊 <input type="checkbox"/> 項次 120 客製化適形泡棉輪椅座墊	<input type="checkbox"/> EG03 輪椅座墊-A 款 (連通管型氣囊氣墊座-塑膠材質) <input type="checkbox"/> EG04 輪椅座墊-B 款 (連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質) <input type="checkbox"/> EG05 輪椅座墊-C 款 (液態凝膠座墊) <input type="checkbox"/> EG06 輪椅座墊-D 款 (固態凝膠座墊) <input type="checkbox"/> EG07 輪椅座墊-E 款 (填充式氣囊氣墊座) <input type="checkbox"/> EG08 輪椅座墊-F 款 (交替充氣型座墊) <input type="checkbox"/> EG09 輪椅座墊-G 款 (量製型座墊)	「114、115、116、117、118、119、120」與「EG03、EG04、EG05、EG06、EG07、EG08、EG09」於最低使用年限內不可重複補助	

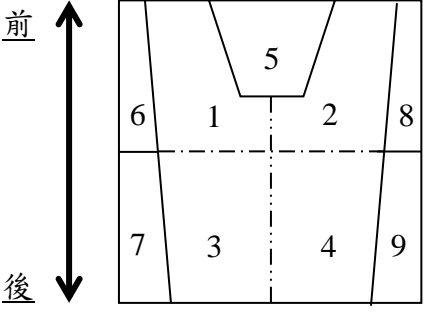
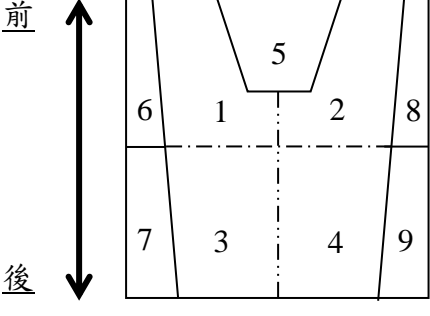
2. 是否需要接受使用訓練： 需要  不需要

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

#### 1. 輔具規格配置：

座墊類型	<input type="checkbox"/> 連通管氣囊輪椅座墊： <input type="checkbox"/> 基礎型 <input type="checkbox"/> 橡膠材質基礎型 <input type="checkbox"/> 橡膠材質分區型	<input type="checkbox"/> 液態凝膠輪椅座墊 <input type="checkbox"/> 固態凝膠輪椅座墊 <input type="checkbox"/> 填充式氣囊輪椅座墊 <input type="checkbox"/> 客製化適形泡棉輪椅座墊
主要使用地點： <input type="checkbox"/> 室內 <input type="checkbox"/> 戶外 <input type="checkbox"/> 均需要		主要操作者： <input type="checkbox"/> 個案本身 <input type="checkbox"/> 照顧者 <input type="checkbox"/> 兩者皆要
使用方針(可複選)： <input type="checkbox"/> 均壓 <input type="checkbox"/> 減壓 <input type="checkbox"/> 擺位 <input type="checkbox"/> 消除剪力 <input type="checkbox"/> 微氣候調控		
尺寸 (未乘坐時)	座寬：_____公分，座深：_____公分 <input type="checkbox"/> 一般座墊高度：_____公分 <input type="checkbox"/> 特殊調整/訂製尺寸，座墊各區高度(公分，視需求填寫)： (1)_____ (2)_____ (3)_____ (4)_____ (5)_____ (6)_____ (7)_____ (8)_____ (9)_____	
	 <p>前 ↑</p> <p>後 ↓</p>	
	其他：_____	
參數設定/ 擺位調整 (乘坐時)	<input type="checkbox"/> 無需進行特殊調整功能，坐骨受壓處離底面高度_____公分 <input type="checkbox"/> 需進行特殊調整功能，乘坐時各區受壓處離底面高度(公分，視需求填寫)： (1)_____ (2)_____ (3)_____ (4)_____ (5)_____ (6)_____ (7)_____ (8)_____ (9)_____	
	 <p>前 ↑</p> <p>後 ↓</p>	
	其他：_____	
覆套 (可複選)	<input type="checkbox"/> 彈性透氣覆套 <input type="checkbox"/> 彈性防水覆套 <input type="checkbox"/> 覆套底部止滑功能 <input type="checkbox"/> 覆套底部車縫黏釦帶	
配件	<input type="checkbox"/> 降低座高的「沉入式座板」 <input type="checkbox"/> 增加座墊底部穩定性的底板	
<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：_____		

2. 其他建議： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

評估單位： \_\_\_\_\_

評估人員： \_\_\_\_\_ 職稱： \_\_\_\_\_

評估日期： \_\_\_\_\_

