

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：02

輔具項目名稱：電動輪椅及相關配件

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)：室內 戶外 社區、公園或學校 經常需要行經斜坡
需夜間外出 其他：_____
3. 預估每日需要以電動輪椅行進的距離：<3km 3km~10km 10km~20km >20km
4. 目前使用的輪椅輔具：
(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) 使用年限不明
(2)現有輪椅輔具種類：普通鐵製量產輪椅 輕量化材質量產輪椅
量身訂製輪椅 電動輪椅 電動代步車
(3)輔具來源：自購 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

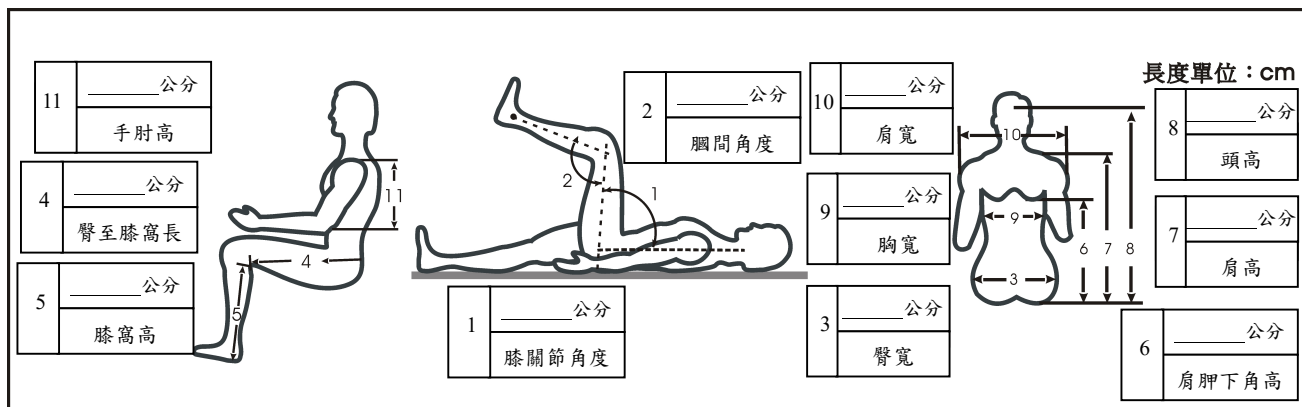
規劃單位：內政部多功能輔具資源整合推廣中心 設計單位：中山醫學大學附設醫院輔具中心

- (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，但需要另行購置一部於不同場所使用
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 其他：_____

身體尺寸量測：身高約_____公分，體重約_____公斤



※雙側不同時請標示：左/右

身體各部位姿態	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 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	<input type="checkbox"/> 正常或無明顯變形 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis) <input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis) <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
	腕部	<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 是否影響控制器操作： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他攣縮	部位：_____ 對擺位或操作電動輪椅之影響：_____	
認知能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差(影響操作之安全性)	
判斷能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 錯亂或遲鈍(影響操作之安全性)	
視知覺能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差(影響操作之安全性)	
情緒控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差(影響操作之安全性)	
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	

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：中山醫學大學附設醫院輔具中心

可有效執行 輔具控制的 肢體部位 (可複選)	1. 上肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 部位： <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 手腕或手掌 <input type="checkbox"/> 肩或肘							
	2. 下肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 部位： <input type="checkbox"/> 腿或膝 <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腳趾							
	3. 頭頸部位： <input type="checkbox"/> 下巴 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 嘴							
	4. <input type="checkbox"/> 其他部位：_____							
操作技巧			使用者			照顧者		
			可	否	可訓練	可	否	可訓練
能在合理時間內開啟/關閉電源開關								
依指令執行前進、後退、轉向及停止								
於較窄的通道中穩定向前直開 5 公尺								
在直徑 150 公分的範圍內完成直接迴轉								
以分段方式，完成狹小空間中的迴轉								
能在坡面上前進、後退、轉向及停止								
能以任何方式在開門時限內進出電梯								
在吵雜的環境能專注操作不分心								
能注意別人及自身的安全								
能自行開門並安全通過								

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

類型	<input type="checkbox"/> 一般型電動輪椅 <input type="checkbox"/> 動力底座型電動輪椅 <input type="checkbox"/> 外掛動力型手電動兩用輪椅	
	驅動輪位置： <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 四輪驅動	
	操作者： <input type="checkbox"/> 案主 <input type="checkbox"/> 案主與照顧者(dual control)	
座椅系統	<input type="checkbox"/> 帆布型座椅(sling seat) <input type="checkbox"/> 沙發型座椅(captain seat) <input type="checkbox"/> 擺位型座椅(rehabilitation seat)	
	<input type="checkbox"/> 加裝電動姿勢變換功能(可複選，但僅提供一項功能補助)： <input type="checkbox"/> 空中傾倒(tilt-in-space) <input type="checkbox"/> 後躺(recline) <input type="checkbox"/> 站立(standing) <input type="checkbox"/> 升降(elevating) <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	坐姿擺位配件與其他配件(可複選)： <input type="checkbox"/> 骨盆帶 <input type="checkbox"/> 臀側支撐墊 <input type="checkbox"/> 外展鞍板 <input type="checkbox"/> 內收鞍板 <input type="checkbox"/> 軀幹側支撐 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 頭靠系統，建議類型：_____	
	<input type="checkbox"/> 加裝前後燈具 <input type="checkbox"/> 其他加裝配件：_____	
小腿靠桿： <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 前置 <input type="checkbox"/> 後置 角度： <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 可上抬 <input type="checkbox"/> 可內外旋或拆卸		
小腿支撐： <input type="checkbox"/> 小腿靠墊 <input type="checkbox"/> 小腿靠帶 <input type="checkbox"/> 足跟環		
踏板形式： <input type="checkbox"/> 單片式 <input type="checkbox"/> 兩片式		

	<p>Developed by Ali-Life & CSMUATC</p>	<p>坐椅尺寸與角度相關參數：(單位：公分，無需某配件時該參數不填)</p> <p>座背靠夾角(A)：_____度</p> <p>腿靠角度(B)：_____度</p> <p>座寬(座墊寬度或扶手間距)：_____</p> <p>座深(D)：左_____ 右_____</p> <p>腿靠長度(E)：左_____ 右_____</p> <p>椅背高度(F)：_____</p> <p>頭靠高度(G)：_____</p> <p>扶手高度(H)：左_____ 右_____</p> <p>軀幹側支撐高度(I)：左_____ ~ _____ 右_____ ~ _____</p> <p>※測量基準面為座墊表面及背墊底部中間表面</p>
<p>控 制 器 及 人 機 介 面</p>	<p><input type="checkbox"/> 比例式輸入系統：</p> <p><input type="checkbox"/> 傳統搖桿</p> <p><input type="checkbox"/> 改裝搖桿頭：_____型</p>	<p><input type="checkbox"/> 非比例式控制系統：</p> <p><input type="checkbox"/> 吹吸方式控制 <input type="checkbox"/> 按鍵式控制</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：_____</p>
	<p>控制器程式規劃：</p> <p><input type="checkbox"/> 緩和模式 <input type="checkbox"/> 動能模式 <input type="checkbox"/> 手震顫模式 <input type="checkbox"/> 需重新定義搖桿行程(joystick throw)</p>	
	<p>控制器需支援：<input type="checkbox"/> 電子溝通輔具(AAC) <input type="checkbox"/> 環境控制系統(EADL) <input type="checkbox"/> 電腦輸入</p>	
	<p>使用輸入裝置的身體部位與方式：</p> <p>1. 上肢：左/右 功能：<input type="checkbox"/> 手指抓握移動 <input type="checkbox"/> 手腕或手掌移動 <input type="checkbox"/> 肩或肘按壓開關</p> <p>2. 下肢：左/右 功能：<input type="checkbox"/> 腳指抓握移動 <input type="checkbox"/> 腳掌踩踏移動 <input type="checkbox"/> 腿或膝按壓開關</p> <p>3. 頭頸部位：<input type="checkbox"/> 下巴往各方向移動 <input type="checkbox"/> 以頭輕敲特殊開關 <input type="checkbox"/> 以嘴吹吸氣</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 其他部位與控制方式：_____</p>	

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】

電動輪椅之建議：

建議使用，補充說明：_____

不建議使用，理由：_____

電動輪椅配件之建議：

建議使用，補充說明：_____

(可複選，但 A、B 兩款座椅僅擇一補助)

電動輪椅配件-A 款(沙發型座椅)

電動輪椅配件-B 款(擺位型座椅)

電動輪椅配件-C 款(電動變換姿勢功能)，類型：_____

電動輪椅配件-D 款(非比例式控制器)，類型：_____，操作部位：_____

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. 操作能力檢核：

- (1)能在合理時間內開啟/關閉電源開關：可 練習後可執行 否
- (2)依指令執行前進、後退、轉向及停止：可 練習後可執行 否
- (3)於較窄的通道中穩定向前直開 5 公尺：可 練習後可執行 否
- (4)在直徑 150 公分的範圍內完成直接迴轉：可 練習後可執行 否
- (5)以分段方式，完成狹小空間中的迴轉：可 練習後可執行 否
- (6)能在坡面上前進、後退、轉向及停止：可 練習後可執行 否
- (7)能以任何方式在開門時限內進出電梯：可 練習後可執行 否
- (8)在吵雜的環境能專注操作不分心：可 練習後可執行 否
- (9)能注意別人及自身的安全：可 練習後可執行 否
- (10)能自行開門並安全通過：可 練習後可執行 否

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____

檢核單位用印