

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：06

輔具項目名稱：移位輔具及移位機

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
- 輔具使用環境(可複選)：家中 學校 社區 職場
- 目前使用的移位輔具：
 - 已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) 使用年限不明
 - 現有移位輔具種類：移位腰帶 移位轉盤 移位板 移位滑墊 人力移位吊帶
移位機 其他：_____
 - 輔具來源：自購 社政 勞政 教育 其他：_____

- (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，但需要另行購置一台於不同地點使用
部分損壞或需要調整，可進行修復或調整
輔具仍符合使用者現在之使用需求，無需購置
其他：_____

4. 身體功能與構造：

輔具使用之相關診斷(可複選)：	
<input type="checkbox"/> 中風偏癱(左/右) <input type="checkbox"/> 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) <input type="checkbox"/> 腦性麻痺或發展遲緩 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 <input type="checkbox"/> 運動神經元疾病 <input type="checkbox"/> 下肢骨折或截肢 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 心肺功能疾病 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 腦外傷 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
三管留置狀況： <input type="checkbox"/> 氣切管留置 <input type="checkbox"/> 鼻胃管留置 <input type="checkbox"/> 尿管留置 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
身體尺寸量測：身高：_____公分，體重：_____公斤，腰圍：_____公分	
臥姿坐起能力	<input type="checkbox"/> 獨力完成 <input type="checkbox"/> 需輕度協助 <input type="checkbox"/> 需中度協助 <input type="checkbox"/> 需重度協助 <input type="checkbox"/> 完全依賴
坐姿平衡能力	<input type="checkbox"/> 放手且可抗外力 <input type="checkbox"/> 抓握扶持下可抗外力 <input type="checkbox"/> 抓握扶持下僅可維持 <input type="checkbox"/> 需他人協助維持 <input type="checkbox"/> 完全依賴
下肢承重能力	<input type="checkbox"/> 全部體重 <input type="checkbox"/> 大於 75%體重 <input type="checkbox"/> 介於 75~50%體重 <input type="checkbox"/> 小於 50%體重 <input type="checkbox"/> 無法承重
站立平衡能力	<input type="checkbox"/> 放手站可抗外力 <input type="checkbox"/> 扶持行走輔具可抗外力 <input type="checkbox"/> 扶持欄杆等穩定物可抗外力 <input type="checkbox"/> 需他人協助維持 <input type="checkbox"/> 完全依賴
承重下可否跨步	<input type="checkbox"/> 可跨步 <input type="checkbox"/> 無法跨步

5. 坐/臥姿輔具現況

臥姿輔具現況		建議
<input type="checkbox"/> 床	坐起功能： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， <input type="checkbox"/> 電動式 <input type="checkbox"/> 手搖式 <input type="checkbox"/> 頭部抬高 <input type="checkbox"/> 下肢抬高 <input type="checkbox"/> 連動抬高	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合 建議：_____
	床面高度升降功能： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， <input type="checkbox"/> 電動式 <input type="checkbox"/> 手搖式	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合 建議：_____
坐姿輔具現況		建議
<input type="checkbox"/> 輪椅	傾倒/仰躺功能： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， <input type="checkbox"/> 可傾倒型 <input type="checkbox"/> 可仰躺型	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合 建議：_____
	側移路徑可否淨空： <input type="checkbox"/> 無法淨空 <input type="checkbox"/> 可以 <input type="checkbox"/> 可以但麻煩：_____	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合 建議：_____

<input type="checkbox"/> 洗澡椅	傾倒/仰躺功能： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， <input type="checkbox"/> 可傾倒型 <input type="checkbox"/> 可仰躺型	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合 建議：_____
	側移路徑可否淨空： <input type="checkbox"/> 無法淨空 <input type="checkbox"/> 可以 <input type="checkbox"/> 可以但麻煩：_____	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合 建議：_____

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

建議轉位方式	運用情境	建議輔具
<input type="checkbox"/> 以坐姿平移方式轉移位	協助者： <input type="checkbox"/> 0 人 <input type="checkbox"/> 1 人 <input type="checkbox"/> 床→輪椅/便椅 <input type="checkbox"/> 輪椅/便椅→床 <input type="checkbox"/> 床↔床 <input type="checkbox"/> 輪椅↔便椅 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 移位腰帶 <input type="checkbox"/> 移位靠帶 <input type="checkbox"/> 移位滑墊：A 款(寬度、長度 50 公分以上) <input type="checkbox"/> 移位板 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 以坐姿站起方式轉移位	協助者： <input type="checkbox"/> 0 人 <input type="checkbox"/> 1 人 <input type="checkbox"/> 2 人 <input type="checkbox"/> 床→輪椅/便椅 <input type="checkbox"/> 輪椅/便椅→床 <input type="checkbox"/> 床↔床 <input type="checkbox"/> 輪椅↔便椅 <input type="checkbox"/> 輪椅→地板 <input type="checkbox"/> 地板→輪椅 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 移位腰帶 <input type="checkbox"/> 移位靠帶 <input type="checkbox"/> 移位轉盤 <input type="checkbox"/> 移位機(站立式) <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 以仰躺平移方式轉移位	協助者： <input type="checkbox"/> 0 人 <input type="checkbox"/> 1 人 <input type="checkbox"/> 2 人 <input type="checkbox"/> 床→輪椅/便椅 <input type="checkbox"/> 輪椅/便椅→床 <input type="checkbox"/> 床↔床 <input type="checkbox"/> 輪椅↔便椅 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 移位滑墊(軟式)： <input type="checkbox"/> A 款(寬度、長度 50 公分以上) <input type="checkbox"/> B 款(寬度 45 公分以上，長度 170 公分以上) <input type="checkbox"/> 移位滑墊(彈性半硬式)： <input type="checkbox"/> A 款(寬度、長度 50 公分以上) <input type="checkbox"/> B 款(寬度 45 公分以上，長度 170 公分以上) <input type="checkbox"/> 移位腰帶 <input type="checkbox"/> 移位靠帶 <input type="checkbox"/> 其他：_____

<input type="checkbox"/> 直接人力搬移	協助者： <input type="checkbox"/> 1 人 <input type="checkbox"/> 2 人 <input type="checkbox"/> 3 人 <input type="checkbox"/> 床→輪椅/便椅 <input type="checkbox"/> 輪椅/便椅→床 <input type="checkbox"/> 床←→床 <input type="checkbox"/> 輪椅←→便椅 <input type="checkbox"/> 輪椅→地板 <input type="checkbox"/> 地板→輪椅 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 座椅型人力移位吊帶 <input type="checkbox"/> 仰躺型人力移位吊帶 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 使用懸吊式移位機	<input type="checkbox"/> 床→輪椅/便椅 <input type="checkbox"/> 輪椅/便椅→床 <input type="checkbox"/> 床←→床 <input type="checkbox"/> 輪椅←→便椅 <input type="checkbox"/> 輪椅→地板 <input type="checkbox"/> 地板→輪椅 <input type="checkbox"/> 其他_____	1. 移位機種類： <input type="checkbox"/> 移動式 <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 軌道式 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 2. 升降動力來源： <input type="checkbox"/> 外部電池 <input type="checkbox"/> 充電式 <input type="checkbox"/> 油壓手動 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 3. 吊桿型式： <input type="checkbox"/> 二點式 <input type="checkbox"/> 四點式 <input type="checkbox"/> 四點可調傾角式 <input type="checkbox"/> 六點式 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 4. 移位機吊帶型式： <input type="checkbox"/> 坐式有頭部支撐 <input type="checkbox"/> 坐式無頭部支撐 <input type="checkbox"/> 如廁清潔型 <input type="checkbox"/> 截肢型 <input type="checkbox"/> 平面擔架式 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 5. 其他配件：_____

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】

移位輔具與移位機之建議：

- 建議使用，補充說明：_____
- 移位腰帶
 - 移位轉盤
 - 移位板
 - 移位滑墊 A 款(寬度、長度 50 公分以上)
B 款(寬度 45 公分以上，長度 170 公分以上)
 - 人力移位吊帶
 - 移位機 (站立式/懸吊式)
- 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