

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：13

輔具項目名稱：電腦輔具

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)：居家 學校 社區 職場 書桌椅 輪椅 床上
其他：_____
- 基本電腦操作能力(可複選)：無 設備啟動/關閉 網頁瀏覽 文書處理 專業軟體
- 目前使用的電腦輔具：
 - 已使用：___年___月(尚未使用者免填) 使用年限不明
 - 現有電腦輔具種類(可複選)：替代性滑鼠 替代性鍵盤 其他：_____
 - 輔具來源：自購 社政 勞政 教育 其他：_____
 - 目前使用情形：已損壞不堪修復，需更新

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：財團法人第一社會福利基金會附設輔具中心 頁 1/5

規格或功能不符使用者現在的需求，需更換

仍符合使用者現在之使用需求，無需購置

其他：_____

(5)目前主要照顧者：_____ 與個案關係：_____ 年齡：_____

是否能協助個案使用此輔具：是 否

5. 身體與功能構造：

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"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 運動神經元疾病 <input type="checkbox"/> 下肢骨折或截肢 <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：_____			
感覺知覺及認知功能評估：			
視覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 無法施測	觸覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 無法施測
聽覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 無法施測		
視知覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 缺損(可複選)：(<input type="checkbox"/> 注視 <input type="checkbox"/> 追視 <input type="checkbox"/> 持續力 <input type="checkbox"/> 圖像辨認 <input type="checkbox"/> 完形 <input type="checkbox"/> 主題背景辨識 <input type="checkbox"/> 深度覺) <input type="checkbox"/> 無法施測		
警醒度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 無法施測	注意力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 無法施測
認知能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 缺損(可複選)：(<input type="checkbox"/> 記憶力 <input type="checkbox"/> 概念形成 <input type="checkbox"/> 學習能力) <input type="checkbox"/> 無法施測		
溝通及語言能力：			
書寫 表達	<input type="checkbox"/> 複雜句 <input type="checkbox"/> 簡單句 <input type="checkbox"/> 圖像 <input type="checkbox"/> 符號	閱讀 理解	<input type="checkbox"/> 複雜句 <input type="checkbox"/> 簡單句 <input type="checkbox"/> 圖像 <input type="checkbox"/> 符號
坐姿平衡能力： <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			
可有效執行輔具控制的肢體部位：(可複選，請評估兩個以上最佳操控部位)			
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		
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		
頭頸及五官	<input type="checkbox"/> 下巴 <input type="checkbox"/> 臉頰 <input type="checkbox"/> 嘴 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 眼		
其他部位	請說明：_____		

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

操作姿勢與擺位系統	<input type="checkbox"/> 坐姿	<input type="checkbox"/> 不需特殊設備調整 桌子： <input type="checkbox"/> 可調角度 <input type="checkbox"/> 桌板 <input type="checkbox"/> 升降桌(詳見評估建議書) 椅子： <input type="checkbox"/> 靠背 <input type="checkbox"/> 扶手 <input type="checkbox"/> 擺位椅 <input type="checkbox"/> 輪椅(詳見評估建議書) <input type="checkbox"/> 其他：_____
	<input type="checkbox"/> 平躺姿 <input type="checkbox"/> 趴姿 <input type="checkbox"/> 側躺 <input type="checkbox"/> 其他：_____	床： <input type="checkbox"/> 一般床 <input type="checkbox"/> 居家用照護床 擺位配件： <input type="checkbox"/> 側躺板 <input type="checkbox"/> 楔型板 <input type="checkbox"/> 床上桌 <input type="checkbox"/> 床邊桌 <input type="checkbox"/> 其他：_____

主機/ 顯示器	<input type="checkbox"/> 桌上型主機/螢幕 <input type="checkbox"/> 桌上液晶螢幕 <input type="checkbox"/> 筆記型電腦 <input type="checkbox"/> 觸控螢幕電腦 <input type="checkbox"/> 裝設懸吊式螢幕/鍵盤 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
輔助輸出 介面	<input type="checkbox"/> 不需特殊調整 <input type="checkbox"/> 輸出軟體調整： <input type="checkbox"/> 視窗放大鏡(倍率：_____) <input type="checkbox"/> 調整螢幕亮度 <input type="checkbox"/> 使用高對比 <input type="checkbox"/> 調整游標/圖示/字型大小 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
電腦輔具建議			
滑鼠功能			
功能	身體操控部位	電腦輔具型式/功能	建議規格
游標移動	<input type="checkbox"/> 上肢：_____ <input type="checkbox"/> 下肢：_____ <input type="checkbox"/> 頭頸：_____ <input type="checkbox"/> 五官：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 一般滑鼠 <input type="checkbox"/> 無線滑鼠 <input type="checkbox"/> 鍵盤鍵替代 <input type="checkbox"/> 替代性滑鼠： <input type="checkbox"/> 軌跡球 <input type="checkbox"/> 搖桿 <input type="checkbox"/> 觸控板 <input type="checkbox"/> 滑輪 <input type="checkbox"/> 多個單鍵開關 <input type="checkbox"/> 單鍵開關切換/掃描 <input type="checkbox"/> 可外接開關操作 <input type="checkbox"/> 紅外線滑鼠 <input type="checkbox"/> 吹吸嘴控滑鼠 <input type="checkbox"/> 眼控滑鼠 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
左鍵/右鍵/ 左鍵兩次/ 拖曳/捲軸 等	<input type="checkbox"/> 上肢：_____ <input type="checkbox"/> 下肢：_____ <input type="checkbox"/> 頭頸：_____ <input type="checkbox"/> 五官：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 一般滑鼠 <input type="checkbox"/> 無線滑鼠 <input type="checkbox"/> 替代性滑鼠： <input type="checkbox"/> 多個單鍵開關 <input type="checkbox"/> 單鍵開關切換/掃描 <input type="checkbox"/> 可外接開關操作 <input type="checkbox"/> 吹吸嘴控滑鼠 <input type="checkbox"/> 螢幕滑鼠(左鍵/右鍵/左鍵兩次/拖曳/捲軸功能) <input type="checkbox"/> 其他：_____	
鍵盤功能			
功能	身體操控部位	電腦輔具型式/功能	建議規格

<input type="checkbox"/> 打字鍵 <input type="checkbox"/> 功能鍵 (F1~F12) <input type="checkbox"/> 數字鍵 <input type="checkbox"/> 編輯鍵 (方向鍵/跳離鍵/刪除鍵/上下頁鍵等)	<input type="checkbox"/> 上肢：_____	<input type="checkbox"/> 一般鍵盤 <input type="checkbox"/> 無線鍵盤 <input type="checkbox"/> 替代性鍵盤： <input type="checkbox"/> 鍵盤按鍵內嵌(鍵盤護框) <input type="checkbox"/> 迷你鍵盤(按鍵操作區之長軸<20公分) <input type="checkbox"/> 按鍵加大鍵盤(鍵帽之短邊長或直徑>2.5公分) <input type="checkbox"/> 組合鍵盤(可自行設定按鍵位置或功能) <input type="checkbox"/> 可外接開關操作 <input type="checkbox"/> 螢幕鍵盤(可自行設定按鍵位置或功能或具鍵盤掃描功能) <input type="checkbox"/> 其他：_____	
---	-----------------------------------	--	--

電腦輔具與週邊設備擺設圖片或照片說明

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】

電腦輔具之建議：

建議使用，補充說明：_____

A 款：替代性滑鼠 替代性鍵盤

B 款：替代性滑鼠 替代性鍵盤 螢幕鍵盤/滑鼠

C 款：吹吸嘴控滑鼠

D 款：紅外線貼片感應滑鼠

E 款：眼控滑鼠

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：

實際購買類型	是否符合原處方輔具
<input type="checkbox"/> A 款： <input type="checkbox"/> 替代性滑鼠 <input type="checkbox"/> 替代性鍵盤	<input type="checkbox"/> 完全符合
<input type="checkbox"/> B 款： <input type="checkbox"/> 替代性滑鼠 <input type="checkbox"/> 替代性鍵盤 <input type="checkbox"/> 螢幕鍵盤/滑鼠	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> C 款：吹吸嘴控滑鼠	<input type="checkbox"/> 功能、形式或規格與原處方有顯著差異，不符原處方精神
<input type="checkbox"/> D 款：紅外線貼片感應滑鼠	<input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> E 款：眼控滑鼠	
<input type="checkbox"/> 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