

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：03

輔具項目名稱：擺位系統

一、基本資料

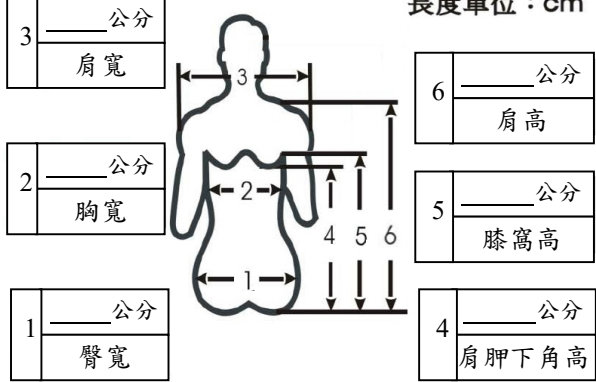
1. 姓名：	2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 國民身分證統一編號：	4. 生日： 年 月 日
5. 戶籍地： 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
6. 聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地(下列免填) 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
7-2. (舊制)身心障礙手冊類別： <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)：家中 學校 社區 職場
3. 目前使用的擺位系統：
 - (1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填)使用年限不明
 - (2)現有擺位系統種類：平面型輪椅背靠 曲面適形輪椅背靠 軀幹側支撐架
頭靠系統 其他：_____
 - (3)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，但需要另行購置於不同輪椅使用
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：_____	
身體尺寸量測：身高：_____公分，體重：_____公斤	
相關身體部位姿態	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
	相關尺寸：  <p style="text-align: center;">長度單位：cm</p> <p>3 _____公分 肩寬 2 _____公分 胸寬 1 _____公分 臀寬 6 _____公分 肩高 5 _____公分 膝窩高 4 _____公分 肩胛下角高</p> <p style="text-align: center;">Developed by CSMU, ATC & KARMA</p>
	7. 軀幹厚度：左_____公分，右_____公分 脊柱變形情形(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，但平躺時可回復 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎(scoliosis)： <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> S型，主要彎曲的角度_____度 主要彎曲凸向____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"/> 過度後凸(hyperkyphosis) <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis) <input type="checkbox"/> 脊柱旋轉(vertebral rotation)
骨盆變形(可複選)： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 向前/後傾斜 <input type="checkbox"/> 向左/右傾斜 <input type="checkbox"/> 向左/右旋轉	
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 上背部控制： <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 左側控制： <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
上肢活動需求	<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

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

<input type="checkbox"/> 背靠	<p>1. 底板形式： <input type="checkbox"/> 平面型硬式底板 <input type="checkbox"/> 預先成形曲面硬式底板</p> <p>2. 背墊材質： <input type="checkbox"/> 一般平面泡棉背墊 <input type="checkbox"/> 適形泡棉背墊 <input type="checkbox"/> 充氣式背墊 <input type="checkbox"/> 凝膠墊，種類：<input type="checkbox"/> 固態或顆粒凝膠 <input type="checkbox"/> 流體凝膠(如 Jay) <input type="checkbox"/> 填充式氣囊氣背座(如 VICAIR) <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>3. 調整功能： <input type="checkbox"/> 無調整功能 <input type="checkbox"/> 可快速拆裝 <input type="checkbox"/> 角度調整功能 <input type="checkbox"/> 座深調整功能 <input type="checkbox"/> 嵌入式吊掛系統 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>4. 尺寸：</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>※特殊功能裁切者，請於左上圖註記</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"/> 其他形式：_____ <input type="checkbox"/> 其他配件：_____</p> <p>6. 配合背墊使用之輪椅： <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</p> <p>※申請 A 款平面型輪椅背靠需含硬式底板及軟墊 ※申請 B 款曲面適形輪椅背靠應符合下列「所有」規範： (1) 適形硬式底板及適形軟墊 (2) 可快速拆裝設計 (3) 可調整深度或角度的嵌入式吊掛系統</p>
-----------------------------	---

<input type="checkbox"/> 軀幹側支撐架	1. <input type="checkbox"/> 雙側 <input type="checkbox"/> 單側(<input type="checkbox"/> 左側/ <input type="checkbox"/> 右側) 位置：左：離座墊高_____公分~_____公分；深度：_____公分 右：離座墊高_____公分~_____公分；深度：_____公分 2. 調整功能： <input type="checkbox"/> 可調整左右位置 <input type="checkbox"/> 可調整上下位置 <input type="checkbox"/> 可調整深度 <input type="checkbox"/> 可外掀 <input type="checkbox"/> 可免工具拆除 <input type="checkbox"/> 其他：_____ ※申請 C 款軀幹側支撐架需具有依身型調整功能
<input type="checkbox"/> 頭靠系統	1. 形式： <input type="checkbox"/> 一字弧型 <input type="checkbox"/> 四爪型 <input type="checkbox"/> 門字型 <input type="checkbox"/> 五片式 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 2. 調整功能： <input type="checkbox"/> 可調整高度位置 <input type="checkbox"/> 可調整前後位置 <input type="checkbox"/> 可調整支撐面角度 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 3. 相關配件： <input type="checkbox"/> 頭部綁帶 <input type="checkbox"/> 前額支撐 <input type="checkbox"/> 下巴支撐 <input type="checkbox"/> 肩部支撐 <input type="checkbox"/> 其他：_____ ※申請 D 款頭靠系統需具有可調整支撐高度、前後位置及角度之結構

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】

擺位系統之建議：

建議使用，補充說明：_____

(勾選項目僅擇一補助)

擺位系統-A 款(平面型輪椅背靠)

擺位系統-B 款(曲面適形輪椅背靠)

擺位系統-C 款(輪椅軀幹側支撐架)

擺位系統-D 款(輪椅頭靠系統)

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