

高雄市身心障礙者醫療輔具 壓力衣評估報告書

申請本項壓力衣補助尚需具備「診斷證明書」

一、基本資料

1. 姓名： 2. 性別：男 女
3. 身分證字號： 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：同戶籍地(下列免填)
縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓
7. 障礙證明類別：無 有
- 7-1 是否領有身心障礙手冊/證明：無 有
- 7-2 (舊制)身心障礙手冊類別：
- 肢體障礙：上肢(手) 下肢(腳) 軀幹 四肢
- 視覺障礙 聽覺機能障礙 平衡機能障礙 聲音或語言機能障礙
- 智能障礙 重要器官失去功能 顏面損傷者 植物人 失智症
- 自閉症 慢性精神病患者 頑性(難治型)癲癇症
- 多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____
- 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙
- 其他經中央主管機關認定之身心障礙類別：染色體異常 先天代謝異常
其他先天缺陷
- 7-3 (新制)身心障礙分類系統：
- 神經系統構造及精神、心智功能 眼、耳及相關構造與感官功能
- 涉及聲音與言語構造及其功能 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能
- 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 泌尿與生殖系統相關構造及其功能
- 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 皮膚與相關構造及其功能
8. 障礙等級：輕度 中度 重度 極重度
9. 居住情況：獨居 與親友同住 安置機構：其他：
10. 聯絡人姓名： 與身心障礙者關係： 聯絡電話： 行動電話：

二、使用評估

1. 目前使用的壓力衣：
- (1) 已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) 使用年限不明
- (2) 輔具來源：自購 社政 勞政 教育 其他：
- (3) 目前使用情形：尚未使用輔具
- 已損壞不堪修復，需重製
- 規格或功能不符現在使用需求，需重製
- 部份零件損壞或需要調整，可進行修復或調整
- 符合使用者現在使用需求，無需購置
- 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：財團法人陽光社會福利基金會設計

2. 身體功能與構造：

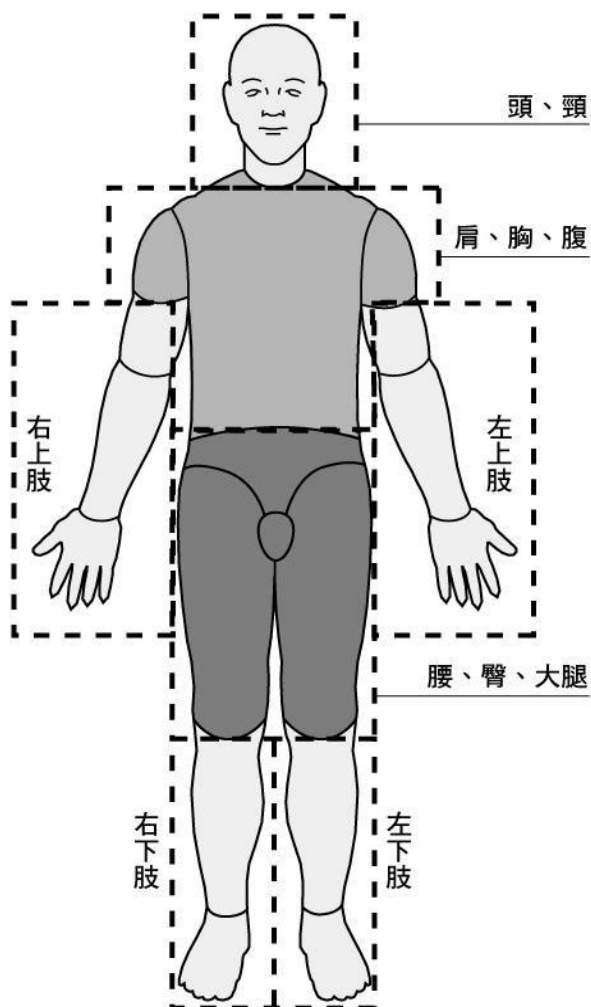
(1) 輔具使用之相關診斷：

燒燙傷 皮膚損傷： 身體腫瘤： 循環障礙：

其他：

(2) 需使用壓力衣之疤痕位置：

疤痕位置	
頭頸	頭部： <input type="checkbox"/> 前額 <input type="checkbox"/> 眼部 <input type="checkbox"/> 鼻子 <input type="checkbox"/> 口部 <input type="checkbox"/> 耳朵 <input type="checkbox"/> 面頰 <input type="checkbox"/> 下巴 <input type="checkbox"/> 頭頂 <input type="checkbox"/> 後枕部 頸部： <input type="checkbox"/> 前面 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 後面
肩胸腹背	<input type="checkbox"/> 左肩部 <input type="checkbox"/> 右肩部 <input type="checkbox"/> 胸廓部 <input type="checkbox"/> 中腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 上半背 <input type="checkbox"/> 下半背 <input type="checkbox"/> 左側腰 <input type="checkbox"/> 右側腰
左上肢	<input type="checkbox"/> 上臂 <input type="checkbox"/> 肘部 <input type="checkbox"/> 前臂 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手背 <input type="checkbox"/> 手掌 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 虎口
右上肢	<input type="checkbox"/> 上臂 <input type="checkbox"/> 肘部 <input type="checkbox"/> 前臂 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手背 <input type="checkbox"/> 手掌 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 虎口
腰臀大腿	左側： <input type="checkbox"/> 鼠蹊 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 大腿前 <input type="checkbox"/> 大腿後 <input type="checkbox"/> 大腿內 <input type="checkbox"/> 大腿外 右側： <input type="checkbox"/> 鼠蹊 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 大腿前 <input type="checkbox"/> 大腿後 <input type="checkbox"/> 大腿內 <input type="checkbox"/> 大腿外
左下肢	<input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 小腿前 <input type="checkbox"/> 小腿後 <input type="checkbox"/> 踝 <input type="checkbox"/> 腳背 <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腳指
右下肢	<input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 小腿前 <input type="checkbox"/> 小腿後 <input type="checkbox"/> 踝 <input type="checkbox"/> 腳背 <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腳指



請依損傷部位勾選

頭頸

肩胸腹背

左上肢

右上肢

腰臀大腿

左下肢

右下肢

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

款式	特殊說明
<input type="checkbox"/> 頭套 <input type="checkbox"/> 全罩 <input type="checkbox"/> 半罩 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意： <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助： <input type="checkbox"/> 其他：
<input type="checkbox"/> 上衣 <input type="checkbox"/> 長袖 <input type="checkbox"/> 短袖 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意： <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助： <input type="checkbox"/> 其他：
<input type="checkbox"/> 褲子 <input type="checkbox"/> 長褲 <input type="checkbox"/> 短褲 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意： <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助： <input type="checkbox"/> 其他：
<input type="checkbox"/> 袖套	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意： <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助： <input type="checkbox"/> 其他：
<input type="checkbox"/> 手套 <input type="checkbox"/> 有指 <input type="checkbox"/> 無指 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意： <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助： <input type="checkbox"/> 其他：
<input type="checkbox"/> 腿套	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意： <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助： <input type="checkbox"/> 其他：
<input type="checkbox"/> 腳套 <input type="checkbox"/> 有指 <input type="checkbox"/> 無指 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意： <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助： <input type="checkbox"/> 其他：
<input type="checkbox"/> 頸圈 <input type="checkbox"/> 厚 <input type="checkbox"/> 薄 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意： <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助： <input type="checkbox"/> 其他：

2. 壓力衣配件之建議：
內襯墊，位置：_____。
矽膠片，位置：_____。
鼻管 擴嘴器 耳朵副木 透明壓力面膜
其他：

3. 是否需要接受使用訓練：
需要(穿著方式 洗滌保養 水腫觀察 傷口觀察 疤痕觀察)
不需要

4. 是否需要安排追蹤時間：
需要 不需要

5. 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】

壓力衣之建議：

建議使用，補充說明：

A款：頭頸

B款：肩胸腹背

C款：右上肢

D款：左上肢

E款：腰臀大腿

F款：右下肢

G款：左下肢

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. 輔具使用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，部分規格及零件略有出入，但大致符合

功能、形式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：

無須修改與調整

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

不堪使用，需重新製作

檢核單位：

檢核人員：_____職稱：_____

檢核日期：

檢核單位用印