

本報告自 111 年 1 月 1 日起適用

## 醫療輔具評估報告

醫療輔具項目：壓力衣、矽膠片

### 一、基本資料

- 1.姓名： 2.性別：男 女 其他
- 3.身分證統一編號： 4.出生年月日：民國/前 年 月 日
- 5.戶籍地址： 縣 鄉鎮 村 路 街 段 巷 弄 號 樓  
市 市區 里 鄰
- 6.居住地址：同戶籍地址  
縣 鄉鎮 村 路 街 段 巷 弄 號 樓  
市 市區 里 鄰
- 7.障礙類別：  
第一類神經系統構造及精神、心智功能  
第二類眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛  
第三類涉及聲音與言語構造及其功能  
第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能  
第五類消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能  
第六類泌尿與生殖系統相關構造及其功能  
第七類神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能  
第八類皮膚與相關構造及其功能  
其他
- 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 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

本次需求之醫療輔具項目：(請勾選)

壓力衣：請填寫(一)

矽膠片：請填寫(二)

(一)申請「壓力衣」：

1.最近3個月內之診斷證明書，並載明有壓力衣需求。

※同款項之同部位於第一次申請後二年內，均得免檢附診斷證明書。

2.相關診斷：

燒燙傷：\_\_\_\_\_

皮膚損傷：\_\_\_\_\_

腫瘤：\_\_\_\_\_

循環障礙：\_\_\_\_\_

3.使用現況：

(1)目前是否使用壓力衣：是 否(不須勾選填寫下列(2)至(4))

(2)目前壓力衣使用情形：

已損壞不堪修復

規格或功能不符目前使用需求

部份零件損壞或需要調整

符合使用者使用需求

其他：\_\_\_\_\_

(3)目前壓力衣使用：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 使用年限不明

(4)目前壓力衣使用來源：

自購

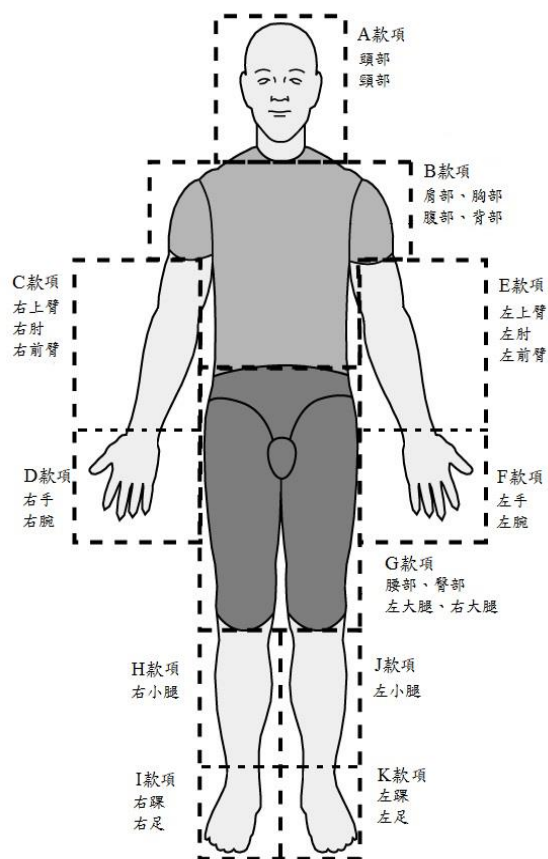
政府機關(單位)：\_\_\_\_\_

基金會：\_\_\_\_\_

其他：\_\_\_\_\_

4.需使用壓力衣之需求位置：

壓力衣	需求位置
<input type="checkbox"/> A 款項-頭部、頸部	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
<input type="checkbox"/> B 款項-肩部、胸部、腹部、背部	<input type="checkbox"/> 左肩部 <input type="checkbox"/> 右肩部 <input type="checkbox"/> 胸廓部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 上半背 <input type="checkbox"/> 下半背 <input type="checkbox"/> 左側身 <input type="checkbox"/> 右側身
<input type="checkbox"/> C 款項-右上臂、右肘、右前臂	<input type="checkbox"/> 上臂 <input type="checkbox"/> 肘部 <input type="checkbox"/> 前臂
<input type="checkbox"/> D 款項-右手、右腕	<input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手背 <input type="checkbox"/> 手掌 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 虎口
<input type="checkbox"/> E 款項-左上臂、左肘、左前臂	<input type="checkbox"/> 上臂 <input type="checkbox"/> 肘部 <input type="checkbox"/> 前臂
<input type="checkbox"/> F 款項-左手、左腕	<input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手背 <input type="checkbox"/> 手掌 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 虎口
<input type="checkbox"/> G 款項-腰部、臀部、左大腿、右大腿	<input type="checkbox"/> 腰腹 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 鼠蹊 左側： <input type="checkbox"/> 大腿前 <input type="checkbox"/> 大腿後 <input type="checkbox"/> 大腿內 <input type="checkbox"/> 大腿外 <input type="checkbox"/> 膝 右側： <input type="checkbox"/> 大腿前 <input type="checkbox"/> 大腿後 <input type="checkbox"/> 大腿內 <input type="checkbox"/> 大腿外 <input type="checkbox"/> 膝
<input type="checkbox"/> H 款項-右小腿	<input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 小腿前 <input type="checkbox"/> 小腿後
<input type="checkbox"/> I 款項-右踝、右足	<input type="checkbox"/> 踝 <input type="checkbox"/> 腳背 <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腳趾
<input type="checkbox"/> J 款項-左小腿	<input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 小腿前 <input type="checkbox"/> 小腿後
<input type="checkbox"/> K 款項-左踝、左足	<input type="checkbox"/> 踝 <input type="checkbox"/> 腳背 <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腳趾



5.壓力衣樣式建議：

壓力衣樣式	備註
<input type="checkbox"/> 頭套	<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"/> 頸圈	<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"/> 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"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<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"/> 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"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<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"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<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"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<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：_____

評估結果：申請之「壓力衣」：

符合補助規定    未符合補助規定，原因：\_\_\_\_\_

使用訓練：需要    不需要

安排追蹤時間：需要    不需要

建議事項：\_\_\_\_\_

(二)申請「矽膠片」：

1.最近3個月內之診斷證明書，並載明有矽膠片需求及需使用矽膠片之部位及面積需求。

※同一部位於第一次申請後二年內，均得免檢附診斷證明書。

2.相關診斷：

燒燙傷：\_\_\_\_\_

皮膚損傷：\_\_\_\_\_

3.需使用矽膠片之面積：\_\_\_\_\_ (平方公分)

4.使用現況：

(1)目前是否使用矽膠片：是 否(不須勾選填寫下列(2))

(2)目前矽膠片使用來源：

自購

政府機關(單位)：\_\_\_\_\_

基金會：\_\_\_\_\_

其他：\_\_\_\_\_

評估結果：申請之「矽膠片」：

符合補助規定 未符合補助規定，原因：\_\_\_\_\_

建議事項：\_\_\_\_\_

輔具評估單位或鑑定機構：\_\_\_\_\_

評估人員(身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲之第八類皮膚與  
相關構造及其功能之專科醫師、物理治療師或職能治療師)：

\_\_\_\_\_ (簽名或蓋章) 職稱：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 專科醫師證書 \_\_\_\_\_ 字第 \_\_\_\_\_ 號

物理治療師證書 \_\_\_\_\_ 字第 \_\_\_\_\_ 號

職能治療師證書 \_\_\_\_\_ 字第 \_\_\_\_\_ 號

評估日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

輔具評估單位或鑑定機構用印