

## 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

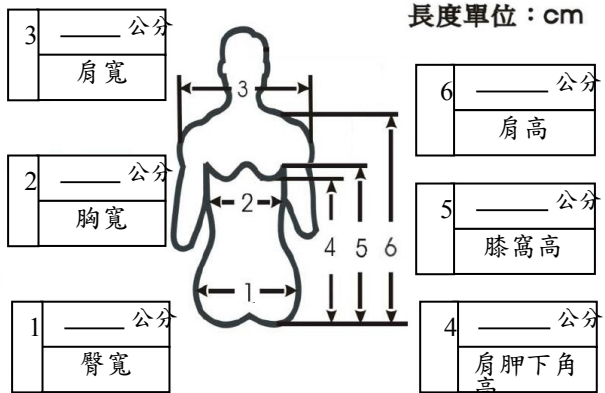
1. 姓名：	2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 國民身分證統一編號：	4. 生日： 年 月 日
5. 戶籍地： 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
6. 聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地(下列免填) 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
7-2. (舊制)身心障礙手冊類別： <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：\_\_\_\_\_

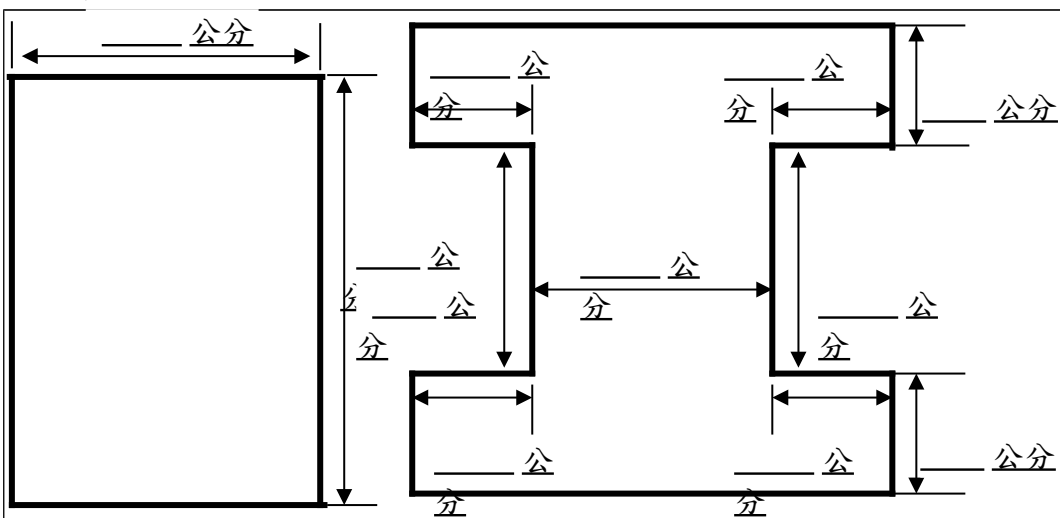
4. 身體功能與構造：

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>長度單位：cm</p> <p>3 肩寬 2 胸寬 1 臀寬 6 肩高 5 膝窩高 4 肩胛下角高</p> <p>Developed by CSMU, ATC &amp; 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：

1. 底板形式：
  - 平面型硬式底板 預先成形曲面硬式底板
2. 背墊材質：
  - 一般平面泡棉背墊 適形泡棉背墊 充氣式背墊
  - 凝膠墊，種類：固態或顆粒凝膠 流體凝膠(如 Jay)
  - 填充式氣囊氣背座(如 VICAIR) 其他：\_\_\_\_\_
3. 調整功能：
  - 無調整功能 可快速拆裝 角度調整功能 座深調整功能
  - 嵌入式吊掛系統 其他：\_\_\_\_\_
4. 尺寸：



背靠

※特殊功能裁切者，請於左上圖註記

5. 相關配件：
  - 胸部固定帶：一字型胸帶 H型胸帶 其他形式：\_\_\_\_\_
  - 其他配件：\_\_\_\_\_
6. 配合背墊使用之輪椅：
  - 手動輪椅：介護型 自推型
  - 座椅姿勢或角度變換的減壓功能：無 有
  - 電動輪椅；
  - 座椅姿勢或角度變換的減壓功能：無 手動操作 電動操作

<p><input type="checkbox"/> 軀幹側支撐架</p>	<p>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</p> <p>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：_____</p> <p>※申請 C 款軀幹側支撐架需具有依身型調整功能</p>
<p><input type="checkbox"/> 頭靠系統</p>	<p>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：_____</p> <p>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：_____</p> <p>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：_____</p> <p>※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</p>

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