

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：07

輔具項目編號與名稱：視覺及相關輔具

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

1. 驗光報告：有，驗光單位： _____ 無
2. 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
3. 輔具使用環境(可複選)：居家 學校 社區 職場
4. 輔具使用情境(可複選)：短訊息閱讀 長時間閱讀 資料蒐集 筆記或記錄
特定物件辨識 閱聽新聞 一般溝通 其他： _____
5. 目前使用的視覺輔具：
 - (1)已使用： _____ 年 _____ 月(尚未使用者免填) 使用年限不明
 - (2)廠牌規格型號： _____
 - (3)輔具來源：自購 社政 教育 勞政 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：財團法人愛盲文教基金會

- (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，但需要另行購置一部於不同場所使用
其他：_____

6. 身體功能與構造：

(1)相關診斷：

- 白內障(術前、後) 青光眼 黃斑部病變 老年性黃斑部病變 視神經萎縮
視網膜色素變性 視網膜剝離 糖尿病視網膜病變 白化症 弱視
葡萄膜炎 外傷 中風偏癱(左/右) 腦性麻痺或發展遲緩 腦外傷
其他：_____

(2)屈光狀態：

- 正常 近視 遠視 散光 老花眼

(3)眼睛外觀：

- 右眼：正常 角膜混濁 鞏膜、結膜充血 眼瞼閉合 其他
眼球震顫 斜視(上斜視 下斜視 內斜視 外斜視)
 左眼：正常 角膜混濁 鞏膜、結膜充血 眼瞼閉合 其他
眼球震顫 斜視(上斜視 下斜視 內斜視 外斜視)

7. 視覺能力與摸讀能力

補助項目	必備條件	評估報告/評估日期
點字機(打字機)	<input type="checkbox"/> 本報告	<input type="checkbox"/> 詳見本報告『規格配置建議』
特製眼鏡	<input type="checkbox"/> 本報告	<input type="checkbox"/> 附件三驗光表 日期： 年 月 日
包覆式濾光眼鏡	<input type="checkbox"/> 本報告	<input type="checkbox"/> 附件一功能性視覺評估報告 日期： 年 月 日
手持望遠鏡	<input type="checkbox"/> 8倍以上需試用 <input type="checkbox"/> 本報告	<input type="checkbox"/> 附件一功能性視覺評估報告 日期： 年 月 日
放大鏡	<input type="checkbox"/> 本報告	<input type="checkbox"/> 附件一功能性視覺評估報告 日期： 年 月 日
點字觸摸顯示器	<input type="checkbox"/> 6歲以上 <input type="checkbox"/> 具點字辨識能力 <input type="checkbox"/> 個人電腦基本配備	<input type="checkbox"/> 附件二點字摸讀評估報告 日期： 年 月 日
擴視機	<input type="checkbox"/> 視力具備指數視力	<input type="checkbox"/> 附件一功能性視覺評估報告 日期： 年 月 日
視障用螢幕報讀軟體	<input type="checkbox"/> 6歲以上 <input type="checkbox"/> 個人電腦基本配備 <input type="checkbox"/> 本報告	<input type="checkbox"/> 詳見本報告『規格配置建議』

補助項目	必備條件	評估報告/評估日期
視障用視訊放大軟體	<input type="checkbox"/> 6 歲以上 <input type="checkbox"/> 個人電腦基本配備	<input type="checkbox"/> 附件一功能性視覺評估報告 日期： 年 月 日
語音手機	<input type="checkbox"/> 本報告	<input type="checkbox"/> 詳見本報告『規格配置建議』

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

點字機(打字機)之功用：讀寫訓練 訊息記錄 標籤記號 文書溝通 其他：_____

特製眼鏡之功用：近用 中距離 遠用 戶外 室內 其他：_____

內容：屈光矯正 斜視矯正 放大 望遠 延伸視野 防眩光

增強對比 其他：_____

包覆式濾光眼鏡：包覆式(顏色：_____色，室內 戶外 閱讀 其他：_____)

其他如下兩款者(未列入補助範圍)：

內掛式(顏色：_____色，室內 戶外 閱讀 其他：_____)

前夾式(顏色：_____色，室內 戶外 閱讀 其他：_____)

手持望遠鏡：超過 8 倍者需進行以下試用

試用規格__×__mm，(_____)

放大鏡：同時載明倍率與屈光度、非球面鏡片、倍率應高於 2 倍及屈光度高於 8

文鎮式：__×__D，或__×__mm

口袋型：__×__D

手持式：__×__D

站立式：__×__D

手持照明：__×__D

站立式照明：__×__D

其他：_____

點字觸摸顯示器 A 款：20 方以上且 8 點顯示、可支援 1 種以上視窗版中英文視障用電腦報讀軟體

點字觸摸顯示器 B 款：含 A 款所有功能及規格，且總重量 2 公斤以下

可攜式擴視機 A 款：螢幕尺寸 2.8 英吋以上、色彩模式 3 組(黑白、負片、彩色模式)以上、支援放大與縮小功能且倍率為 6 倍以上者

可攜式擴視機 B 款：螢幕尺寸 3.5 英吋以上、色彩模式 3 組(黑白、負片、彩色模式)以上、支援放大與縮小功能且倍率為 6 倍以上，經評估所需以下其他功能配備 3 項以上者

亮度調整 對比調整 望遠 記憶或儲存畫面 6.5 吋以上螢幕

觸控螢幕 螢幕角度調整 連接電腦或電視 書寫支架或把手

桌上型擴視機 A 款：色彩模式 3 組以上、支援放大與縮小功能且倍率在 30 倍以上、可自動對焦或可切換手動對焦者

桌上型擴視機 B 款：色彩模式 5 組(如增加藍黃、黑黃或其他組合)以上、支援放大與縮小功能

身心障礙者輔具補助基準表附表 內政部 101 年 7 月 10 日內授中社字第 1015933764 號令發布

且倍率在 40 倍以上、可自動對焦及可切換自動手動對焦，經評估所需以下其他功能配備 5 項以上者

亮度調整 對比調整 望遠 記憶 儲存 托盤 導引線

定位指示 焦距鎖定 可旋轉鏡頭 一體成型且螢幕可調整

與電腦畫面分割

- 視障用螢幕報讀軟體 A 款：具備中英文語音報讀功能、支援字形字義解釋功能、可使用無字天書輸入法、具朗讀點字檔案功能、可支援點字觸摸顯示器
- 視障用螢幕報讀軟體 B 款：具備中英文語音報讀功能、支援多語音方案朗讀功能、支援字形字義前後解釋詞彙功能、具模擬滑鼠座標導引功能、可支援觸摸點字顯示器
- 視障用螢幕報讀軟體 C 款：具備中英文語音報讀功能、支援圖形標記功能、完整支援 office 系列軟體、具備閱讀 PDF 檔案功能、可支援觸摸點字顯示器。
- 視障用視訊放大軟體：至少 6 倍以上之螢幕放大功能、滑鼠指標及文字編輯游標具多種放大提示調整之選擇、螢幕顯示色相可作多模式切換(含高反差、對比色、十字導引、平滑字形等)放大顯示視窗可選擇分割視窗、全螢幕顯示或區塊顯示
- 語音手機：具各層選單之語音報讀、文字簡訊播報、開關機聲音或震動提示、語音播報通訊錄內容及來電號碼等功能
- 其他電腦相關軟硬體或建議：_____
- 其他：_____

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】

視覺輔具之建議：

建議使用，補充說明：_____

- 點字機(打字機)
- 特製眼鏡
- 包覆式濾光眼鏡
- 手持望遠鏡
- 放大鏡
- 點字觸摸顯示器-A 款
- 點字觸摸顯示器-B 款
- 可攜式擴視機-A 款
- 可攜式擴視機-B 款
- 桌上型擴視機-A 款
- 桌上型擴視機-B 款
- 視障用螢幕報讀軟體-A 款
- 視障用螢幕報讀軟體-B 款
- 視障用螢幕報讀軟體-C 款
- 視障用視訊放大軟體
- 語音手機

不建議使用，理由：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____



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
- 其他：_____

3. 操作能力檢核(勾選)：

輔具項目	順利操作	可執行	仍需訓練	無法操作	其他(說明)

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____

