

## 輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：09

輔具項目名稱：助聽器

### 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  
其他： \_\_\_\_\_
2. 輔具使用環境(可複選)：家中 學校 社區 職場 其他： \_\_\_\_\_
3. 目前使用的助聽器：
  - (1)已使用： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月(尚未有助聽器免填)使用年限不明
  - (2)現有助聽器種類：口袋型 耳掛型 耳內型 其他： \_\_\_\_\_
  - (3)輔具來源：自購 社政 教育 勞政 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，但需要另行購置一款於不同場所使用  
部分損壞或需要調整，可進行修復或調整  
其他：\_\_\_\_\_

4. 配戴助聽器前之聽力評估：

(配戴前之聽力評估以純音聽力檢查為主要檢查項目，若無法執行該項檢查時或經評估需要再輔以其他三項檢查)

(1)純音聽力檢查結果，可信度：一致 不一致 單位：分貝(dB HL)

閾值/頻率 測聽耳	250Hz	500Hz		1KHz		2KHz		3KHz		4KHz	
	氣導	氣導	骨導	氣導	骨導	氣導	骨導	氣導	骨導	氣導	骨導
右耳											
左耳											
聲場											

右耳氣導純音閾值平均值：\_\_\_\_\_分貝(500Hz、1KHz、2KHz、4KHz)

左耳氣導純音閾值平均值：\_\_\_\_\_分貝(500Hz、1KHz、2KHz、4KHz)

聲場聽閾平均值：\_\_\_\_\_分貝(500Hz、1KHz、2KHz、4KHz)

(2)語音聽力檢查結果：(此項檢查視情況決定是否需評估)

	閾值(SRT)	最適音量(MCL)	最不適音量(UCL)	語音分辨(SD)
右耳	分貝	分貝	分貝	%
左耳	分貝	分貝	分貝	%

(3)鼓室圖檢查結果：無 A型 B型 C型 As型 Ad型

中耳炎病史：無 有

(4)聽性腦幹反應檢查結果(ABR)：(無法執行純音聽力檢查時才須使用此項檢查)

目的要求： (1)ABR 閾值檢查  (2)聽神經病變診斷檢查

	(1)閾值	(2)第五波潛時值(請填寫最明顯之第五波)
右耳(dB nHL)	分貝	分貝 msec
左耳(dB nHL)	分貝	分貝 msec

5. 聽力損失個案史

是否配戴過助聽器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(廠牌：_____ 機型：_____)
----------	--

<p>聽力損失的影響</p>	<p><input type="checkbox"/>在安靜的環境，一對一談話聽不清楚內容</p> <p><input type="checkbox"/>在安靜的環境，與多人交談聽不清楚內容</p> <p><input type="checkbox"/>在吵雜環境，與人交談聽不清楚內容</p> <p><input type="checkbox"/>開會或是上課場合，聽不清楚內容</p> <p><input type="checkbox"/>聽不到電話鈴聲或門鈴聲</p> <p><input type="checkbox"/>電話交談有困難</p> <p><input type="checkbox"/>看電視聽不清楚</p> <p><input type="checkbox"/>其他：_____</p>
<p>生活型態為何</p>	<p><input type="checkbox"/>已退休/家管，大部份時間在家中</p> <p><input type="checkbox"/>已退休/家管，但仍參與休閒或群體活動</p> <p><input type="checkbox"/>就業中，從事較靜態的文書工作</p> <p><input type="checkbox"/>就業中，常需開會或與人會談</p> <p><input type="checkbox"/>就業中，常需以電話與人交談</p> <p><input type="checkbox"/>就業中，工作環境較多噪音</p> <p><input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p><input type="checkbox"/>休閒活動：_____</p>

### 三、規格配置建議

#### 1. 輔具規格配置：

類型	規格	配置相關事項
<p><input type="checkbox"/>助聽器 A 款(口袋型)</p>	<p>經連接線連接助聽器及接收器，且接受器之體積不適於懸掛耳後或置於耳內之類比式或數位式之機種，並須具備 2 個以上音頻控制開關、T 線圈感應功能、音量大小調整開關。</p>	<p>1. 補助單位為 1 只，每側於左列年限內以補助 1 只為限。雙耳聽力損失經評估符合補助 2 只，得同時或分別申請，均視為補助 1 項次</p> <p>2. 口袋型以補助 1 只為限</p>
<p><input type="checkbox"/>助聽器 B 款(類比式或手調數位式)</p>	<p>採類比方式處理聲音訊號或數位型採手調方式調整之助聽器。</p>	<p>1. 初次申請時年滿 65 歲以上且非低收入戶者，補助額度以 B 款標準為限</p> <p>2. 功能及規格未符合 C 款標準者，補助額度以 B 款標準為限</p>
<p><input type="checkbox"/>助聽器 C 款(數位式)</p>	<p>採數位方式處理聲音訊號之助聽器，並符合下列 4 種以上功能或規格：</p> <p>(1)具 4 個壓縮頻道以上</p> <p>(2)多聆聽程式</p> <p>(3)噪音抑制</p> <p>(4)方(指)向性麥克風</p>	<p>1. 再度申請時，除 C 款外可免提出聽覺評估報告。申請 C 款者應於驗配後 3 個月內經聽力師出具驗證合格報告(驗證報告格式編號#)始予補助</p> <p>2. 應檢附輔具照片、輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由</p>

	(5)迴饋音消除 (6)自動情境辨識(切換)功能 (7)雙耳同步功能 (8)資料記錄 (9)學習(可訓練)功能 (10)頻率壓縮、搬移 (11)與無線傳輸系統相容 (12)與遙控裝置相容 (13)與線圈系統相容 (14)內建實耳測量功能	申請人留存)。保固書並應載明產品規格(含本標準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、型號、序號、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名服務電話，並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號及其他必要資訊
助聽器外型	<input type="checkbox"/> 耳掛型： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 全耳型： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 耳道型： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 深耳道型： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 開放式選配： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
助聽器建議	配戴於： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 雙耳 <input type="checkbox"/> 建議評估或搭配使用其他聽覺輔具： <input type="checkbox"/> 人工電子耳 <input type="checkbox"/> FM 調頻系統	

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】

助聽器之建議：

建議使用，補充說明：\_\_\_\_\_

助聽器-A 款(口袋型)

助聽器-B 款(類比式或手調數位式)

助聽器-C 款(數位式)

不建議使用，原因：\_\_\_\_\_

評估單位：\_\_\_\_\_

聽力師：\_\_\_\_\_ 評估日期：\_\_\_\_\_

評估單位用印