

## 輔具評估報告書（使用效益驗證）

輔具評估報告格式編號：25

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、驗證內容

1. 助聽器資料(請填寫)：

	款式	販售公司	廠牌	型號	序號
右耳					
左耳					

2. 助聽器效益：

右耳	<input type="checkbox"/> 很有效益 <input type="checkbox"/> 有效益 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不佳
左耳	<input type="checkbox"/> 很有效益 <input type="checkbox"/> 有效益 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不佳

3. 以上效益是依據以下何種測量而得評量結果：

右耳	<input type="checkbox"/> 實耳測量 <input type="checkbox"/> 2 c.c 耦合器測量 <input type="checkbox"/> 聲場中功能增益值測量 <input type="checkbox"/> 噪音中語音辨識測驗
----	---

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：臺灣聽力語言學會

	<input type="checkbox"/> 效益量表
左耳	<input type="checkbox"/> 實耳測量 <input type="checkbox"/> 2 c.c 耦合器測量 <input type="checkbox"/> 聲場中功能增益值測量 <input type="checkbox"/> 噪音中語音辨識測驗 <input type="checkbox"/> 效益量表

4. 助聽器驗證結果【請聽力師附上以下驗證報告(黏貼或列印)】

實耳測量  2 c.c. 耦合器測量  聲場中功能增益值測量  聲場中語詞測驗  效益量表

### 三、驗證結果

1. 助聽器配戴效益：

- 具改善聽力之效果
- 改善聽力之效果不佳【建議暫不予補助】
  - 建議由原輔具供應商再調整設定
  - 建議由原輔具供應商更換為符合需求之助聽器
  - 其他 請說明：\_\_\_\_\_
- 不具改善聽力之效果【建議暫不予補助】

2. 購置之助聽器規格是否與輔具評估之「規格配置建議」相符

- 符合
  - 不符合【建議補助原輔具評估「規格配置建議」款別之額度】
  - 不符合【建議不予補助】
- 請說明：\_\_\_\_\_

3. 購置之助聽器規格是否與輔具供應商出具之保固證明書相符

- 符合
  - 不符合【建議不予補助】
- 請說明：\_\_\_\_\_

檢核單位：\_\_\_\_\_

檢核人員：\_\_\_\_\_ 職稱：\_\_\_\_\_

檢核日期：\_\_\_\_\_

