

本報告自 113 年 6 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： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 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 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓	
6. 居住地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地址 縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓	
7. 障礙類別： <input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 第四類 <input type="checkbox"/> 第五類 <input type="checkbox"/> 第六類 <input type="checkbox"/> 第七類 <input type="checkbox"/> 第八類 <input type="checkbox"/> 其他	
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. 居住情況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與親友同住 <input type="checkbox"/> 機構： <input type="checkbox"/> 其他：	
10. 聯絡人姓名：	與身心障礙者關係：
聯絡電話：	

二、使用評估

※由評估人員填寫，並於每一填寫處蓋章。

※評估人員身分資格：依據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規定，係指皮膚科、臨床病理科、整形外科、耳鼻喉科、口腔顎面外科或復健科之專科醫師，或物理治療師，或職能治療師。

(一) 壓力衣

1. 相關診斷

燒燙傷 皮膚損傷 腫瘤 循環障礙

2. 目前是否使用壓力衣：

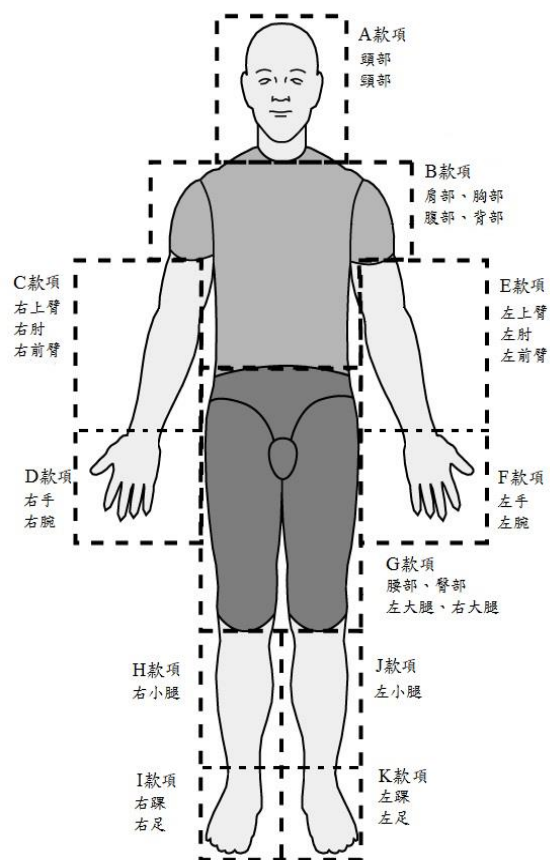
是，已使用____年____月。

是，但已使用期間不明。

否

3.需使用壓力衣之需求位置：

壓力衣	需求位置
<input type="checkbox"/> A 款項 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 肩部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 右上臂 <input type="checkbox"/> 右肘 <input type="checkbox"/> 右前臂	<input type="checkbox"/> 上臂 <input type="checkbox"/> 肘部 <input type="checkbox"/> 前臂
<input type="checkbox"/> D 款項 <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 左上臂 <input type="checkbox"/> 左肘 <input type="checkbox"/> 左前臂	<input type="checkbox"/> 上臂 <input type="checkbox"/> 肘部 <input type="checkbox"/> 前臂
<input type="checkbox"/> F 款項 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 左大腿 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 右踝 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 左踝 <input type="checkbox"/> 左足	<input type="checkbox"/> 踝 <input type="checkbox"/> 腳背 <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腳趾



4.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：

(二) 矽膠片

1. 相關診斷

燒燙傷 皮膚損傷

2. 需使用矽膠片之面積：_____ (平方公分)

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專科醫師、
物理治療師或職能治療師)：_____ (簽名或蓋章)

職稱：_____

評估日期：民國____年____月____日

輔具評估單位或鑑定機構用印