**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：01**

**輔具項目名稱：輪椅及推車**

**一、基本資料**

|  |
| --- |
| 1. 姓名： 2. 性別：□男 □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：□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：□無 □有  7-2. (舊制)身心障礙手冊類別：  □肢體障礙：□上肢(手) □下肢(腳) □軀幹 □四肢  □視覺障礙 □聽覺機能障礙 □平衡機能障礙 □聲音或語言機能障礙  □智能障礙 □重要器官失去功能 □顏面損傷者 □植物人 □失智症  □自閉症 □慢性精神病患者 □頑性(難治型)癲癇症  □多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙  □其他經中央主管機關認定之身心障礙類別：□染色體異常 □先天代謝異常  □其他先天缺陷  7-3. (新制)身心障礙分類系統：  □神經系統構造及精神、心智功能 □眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛  □涉及聲音與言語構造及其功能 □循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能  □消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 □泌尿與生殖系統相關構造及其功能  □神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 □皮膚與相關構造及其功能  8. 障礙等級：□輕度 □中度 □重度 □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：□獨居 □與親友同住 □安置機構 □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)：□室內 □戶外 □居家使用 □機構或學校使用 □社區或公園

□其他：

3. 輔具操控能力：□無自行推動輪椅能力 □可自行推動輪椅 □具良好輪椅操控能力

4. 目前使用的輪椅輔具：

(1)已使用：\_\_\_\_\_年 月(尚未使用者免填) □使用年限不明

(2)現有輪椅輔具種類：□非輕量化量產型輪椅 □輕量化量產型輪椅 □量身訂製型輪椅

□高活動型輪椅 □其他：

附加功能(可複選)：□具利於移位功能 □具仰躺功能 □具空中傾倒功能

(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，但需要另行購置一部於不同場所使用

□其他：

5. 身體功能與構造：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 輔具使用之相關診斷(可複選)：  □中風偏癱(左/右) □脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) □腦性麻痺或發展遲緩 □小兒麻痺  □運動神經元疾病 □下肢骨折或截肢 □關節炎 □心肺功能疾病 □肌肉萎縮症 □其他： | | | | |
| 身體尺寸量測：身高約 公分，體重約 公斤  製令圖檔  公分  臀至膝窩長  4  公分  肩胛下角高  6  公分  肩高  7  公分  頭高  8  公分  臀寬  3  公分  胸寬  9  公分  肩寬  10  公分  膕間角度  2  公分  膝關節角度  1  公分  膝窩高  5  公分  手肘高  11  ※雙側不同時請標示：左/右 | | | | |
| 身體各部位姿態 | 坐姿平衡 | □良好 □雙手扶持尚可維持平衡 □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：□左側 □右側 □前方 □後方 | | |
| 骨盆 | □正常 □向前/後傾 □向左/右傾斜 □向左/右旋轉  坐姿時骨盆經常：□向前滑動 □向後滑動 □向左滑動 □向右滑動 | | |
| 脊柱 | □正常或無明顯變形 □脊柱側彎 □過度前凸(hyperlordosis) □過度後凸(hyperkyphosis)  □其他變形： | | |
| 頭部控制 | □正常 □偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 □完全無法控制 | | |
| 肩部 | □正常 □後縮 □前突 | | |
| 髖部 | □正常 □內收 □外展 □風吹式變形 □其他： | | |
| 膝部 | □正常 □屈曲變形 □伸直變形 | | |
| 踝部 | □正常 □外翻變形 □蹠屈變形 | | |
| 其他攣縮 | 部位： 對坐姿擺位之影響： | | |
| 認知能力 | | □正常 □尚可 □差 | 視知覺能力 | □正常 □尚可 □差 |
| 判斷能力 | | □正常 □錯亂或遲鈍 | 情緒控制 | □正常 □尚可 □差 |
| 皮膚感覺 | | □正常 □異常： □喪失： □無法施測，原因： | | |
| 壓瘡 | | □未發生 □過去有  □目前有：部位： 尺寸： 公分× 公分  分級：□I □II □III □IV | | |
| 操作技巧  □使用者  □照顧者 | | (1)啟動/解除煞車：□可 □否 □遲緩或困難  (2)在平地及坡面上執行前進、後退、轉向及停止：□可 □否 □遲緩或困難  (3)以前進及後退方式在開門時限內進出電梯：□可 □否  (4)自行開門並安全通過：□可 □否  (5)於較窄的通道中穩定向前推行5公尺：□可 □否  (6)進出小轎車或馬桶、床鋪間的轉位：□可 □否 □遲緩或困難  (7)上下10公分的台階：□可 □否 □不安全或困難 | | |

**三、規格配置建議**

1. 輔具規格配置：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 類 型 | □輪椅A款(非輕量化量產型輪椅)  □輪椅B款(輕量化量產型輪椅)  □輪椅C款(量身訂製型輪椅)  □推車A款  □推車B款(具40公斤以上載重) | | | □高活動型輪椅  □輪椅附加功能(可複選，限輪椅B款或C款選配)  □輪椅附加功能A款(具利於移位功能)  □輪椅附加功能B款(具仰躺功能)  □輪椅附加功能C款(具空中傾倒功能) | | |
| 主要使用地點：□室內 □戶外 □均需要 | | | 主要操作者：□個案本身 □照顧者 □兩者皆要 | | |
| 骨架形式：□固定式 □折合式 | | | 前輪型式：□實心胎 □氣胎 □其他： | | |
| 後輪形式：□固定 □快拆 □實心胎 □氣胎 □免充氣胎 □軸心可前後調整 □外展角度可 依使用者需求設定 □其他： | | | | | |
| 手推圈形式：□無需求 □金屬推圈 □塑膠推圈 □加裝梅花輪 □披覆橡膠 □其他： | | | | | |
| 煞車形式：□前推式煞車 □後拉式煞車 □加長煞車柄 □推把附煞車 □其他： | | | | | |
| 座 椅 系 統 | 椅面 | □一般帆布型 □皮質 □布質 □泡棉 □硬式底板 □其他：  □輪椅座墊(附評估報告：編號第16號) 座墊總厚度： 公分 | | | | |
| 椅背 | □一般帆布型 □皮質 □布質 □泡棉 □擺位系統(附評估報告：編號第03號) | | | | |
| 扶手 | □全長式 □近桌式扶手 □固定式 □後掀式 □全拆式 □升降式 □其他： | | | | |
| 靠腳 | □固定式 □垂直式 □可旋開＋可掀卸式 □可旋開＋可掀卸式＋抬高式 □截肢式  □其他：  □小腿靠墊 □小腿靠帶 | | | | |
| 踏板 | □單片式 □兩片式 □旋轉式 □其他：  □腳掌帶 □腳跟擋帶 | | | | |
| 其他輪椅/推車配件：  □固定帶：  □胸帶：□一字型胸帶 □H帶 □其他：  □骨盆帶：□彈扣式織帶 □兩節式粘扣帶 □其他：  □大腿環帶：□彈扣式織帶 □兩節式粘扣帶 □其他：  □小腿環帶：□彈扣式織帶 □兩節式粘扣帶 □其他：  □臀側支撐墊 □大腿分隔墊 □外展鞍板 □內收鞍板 □前膝檔板  □桌板 □防傾桿 □其他： | | | | | |
|  | | | | | |
| 坐椅尺寸與角度相關參數：(單位：公分，除非有特別加註英吋，無需某配件時該參數不填) | | | | | |
| 座背靠夾角(A) | | 度 | | 椅背高度(F) | 公分 |
| 腿靠角度(B) | | 度 | | 扶手高度(H) | 左 公分 右 公分 |
| 座寬(C) | | 公分 | | 座面高度(K) | 公分 |
| 座深(D) | | 左 公分 右 公分 | | 後輪尺寸(L) | 英吋 |
| 腿靠長度(E) | | 左 公分 右 公分 | | 前輪尺寸(M) | 英吋 |

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】

手動輪椅與推車之建議：

□建議使用，補充說明：

□輪椅-A款

□輪椅-B款

□輪椅-B款、輪椅附加功能-A款

□輪椅-B款、輪椅附加功能-A款及B款

□輪椅-B款、輪椅附加功能-A款及C款

□輪椅-B款、輪椅附加功能-A款及B款及C款

□輪椅-C款

□輪椅-C款、輪椅附加功能-A款

□輪椅-C款、輪椅附加功能-A款及B款

□輪椅-C款、輪椅附加功能-A款及C款

□輪椅-C款、輪椅附加功能-A款及B款及C款

□高活動型輪椅

□推車-A款

□推車-B款

□不建議使用，理由：

評估單位用印

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

檢核單位用印

檢核單位：

檢核人員： 職稱：

檢核日期：