**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：04**

**輔具項目名稱：電動代步車**

**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 □社區、公園或學校 □經常需要行經斜坡

□需夜間外出

3. 預估每日需要以電動代步車行進的距離：□<3km □3km~10km □10km~20km □>20km

4. 現有行動輔具：□無 □單柺 □四腳柺 □前臂柺 □腋下柺 □助行器 □帶輪助行器(助步車)

□手動輪椅 □電動輪椅 □電動代步車

5. 目前使用的電動代步車：

(1)已使用：\_\_\_\_\_年 月(尚未使用者免填) □使用年限不明

(2)輔具來源：□自購 □社政 □勞政 □教育 □其他：

(3)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：

|  |
| --- |
| 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 □下肢骨折或截肢 □關節炎 □心肺功能疾病 □肝腎疾病 □其他：  |
| 身體尺寸量測：身高約 公分，體重約 公斤 |
| 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(非勾選「良好」者不宜使用電動代步車) |
| 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 □控制不佳或耐力不足 □完全無法控制(非勾選「正常」者不宜使用電動代步車) |
| 上肢粗動作控制 | □雙側皆良好 □單側良好 □雙側皆不良(勾選「雙側皆不良」者不宜使用電動代步車) |
| 上肢精細動作控制 | □雙側皆良好 □與粗動作控制良好之同側上肢控制良好 □雙側皆控制不良(勾選「雙側皆控制不良」者不宜使用電動代步車) |
| 上肢主要肌肉耐力 | □耐力>10min. □耐力>5min. □耐力<3min.(指持續控制代步車龍頭的能力，若耐力<3min.者不宜使用電動代步車) |
| 代步車的移位能力 | □可獨立以腳站立完成移位 □可以上肢撐起身體橫向移位 □無法獨立移位(勾選「無法獨立移位」者不宜使用電動代步車)  |
| 上肢主要關節攣縮 | 部位： 對擺位或操作電動代步車之影響：  |
| 認知能力 | □正常 □尚可 □差(影響操作之安全性) |
| 判斷能力 | □正常 □錯亂或遲鈍(影響操作之安全性) |
| 視知覺能力 | □正常 □尚可 □差(影響操作之安全性) |
| 情緒控制 | □正常 □尚可 □差(影響操作之安全性) |
| 可有效執行輔具控制的上肢：□左側 □右側 |
| 操作技巧 | 可獨力操作 | 訓練後可行 | 無法執行 |
| 能在合理時間內開啟/關閉電源開關 |  |  |  |
| 依指令執行前進、後退、轉向及停止 |  |  |  |
| 於較窄的通道中穩定向前直開5公尺 |  |  |  |
| 獨立完成上下電動代步車之移位功能 |  |  |  |
| 以分段方式，完成狹小空間中的迴轉 |  |  |  |
| 能在坡面上前進、後退、轉向及停止 |  |  |  |
| 能注意別人及自身的安全 |  |  |  |
| 在吵雜的環境能專注操作不分心 |  |  |  |

**三、規格配置建議**

1. 輔具規格配置：

|  |  |
| --- | --- |
| 類型 | 四輪結構電動代步車 |
| 座椅 | □帆布型座椅(sling seat) □沙發型座椅(captain seat) |
| 配件(可複選) | □遮陽篷 □柺杖桶或柺杖固定夾 □助行器固定架 □氧氣桶固定架 □後視鏡□呼吸器支撐座 □其他：  |
| 油門 | □左右連動之推拉桿式油門：□右手前推為前進 □右手前推為後退□握把轉動式油門：安裝在：□左側 □右側向後轉動時定義為：□前進 □後退 |

2. 電動代步車使用環境建議(可複選)：□可於安全寬闊的室內(如賣場)行駛

□可於無車輛通行的封閉型戶外環境(如公園內)行駛

□可於道路兩旁的人行道及行人穿越道行駛

3. 是否需要接受使用訓練：□需要 □不需要

4. 是否需要安排追蹤時間：□需要 □不需要

5. 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】

電動代步車之建議：

□建議使用，補充說明：

□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、檢核與追蹤記錄**

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. 操作能力檢核：

(1)能在合理時間內開啟/關閉電源開關： □可 □練習後可執行 □否

(2)依指令執行前進、後退、轉向及停止：□可 □練習後可執行 □否

(3)於較窄的通道中穩定向前直開5公尺：□可 □練習後可執行 □否

(4)獨力完成上下電動代步車之移位功能：□可 □練習後可執行 □否

(5)以分段方式，完成狹小空間中的迴轉：□可 □練習後可執行 □否

(6)能在坡面上前進、後退、轉向及停止：□可 □練習後可執行 □否

(7)能自行開門並安全通過： □可 □練習後可執行 □否

(8)在吵雜的環境能專注操作不分心： □可 □練習後可執行 □否

檢核單位用印

檢核單位：

檢核人員： 職稱：

檢核日期：