**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：□男 □女 2. 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4. 生日：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日 3. 戶籍地：\_\_\_\_\_縣(市)\_\_\_\_\_鄉鎮市區\_\_\_\_村(里)\_\_\_\_\_路(街)\_\_\_\_段\_\_\_\_巷\_\_\_\_弄\_\_\_\_號\_\_\_樓 4. 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

□其他： \_

1. 輔具使用環境(可複選)：□家中 □學校 □社區 □職場 □其他： \_
2. 是否配戴過助聽器：□無 □有(廠牌：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，機型：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
3. 已使用： 年 月(尚未有助聽器免填) □使用年限不明
4. 現有助聽器種類：□口袋型 □耳掛型 □耳內型 □其他：
5. 輔具來源：□自購 □社政 □教育 □勞政 □其他：
6. 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：

1. 配戴助聽器前之聽力評估：
2. 純音聽力檢查結果

頻

閾

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 耳  測  驗  貝  分  率  /  值 | 500 Hz | | | | 1,000 Hz | | | | 2,000 Hz | | | | 4,000 Hz | | | |
| 氣 導 | 骨 導 | 不舒適閾 | 動態範圍 | 氣 導 | 骨 導 | 不舒適閾 | 動態範圍 | 氣 導 | 骨 導 | 不舒適閾 | 動態範圍 | 氣 導 | 骨 導 | 不舒適閾 | 動態範圍 |
| 右耳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 左耳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 聲場 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※未施測之欄位填寫「DNT」或以斜線畫銷；無法施測之欄位填寫「CNT」；以儀器最大輸出施測仍無行為反應之欄位，填寫最大施測音量並加註「NR」文字。

※如任一頻率動態範圍(不舒適閾減去氣導閾值)不足60分貝，該耳建議選配C款助聽器。如不舒適閾或氣導閾值無數值致無法計算動態範圍，則填寫「NA」文字或以斜線畫銷。

* 無法分耳施測純音聽力檢查時，才併耳施以聲場純音聽力檢查。

右耳氣導純音閾值平均值： 分貝(500Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

左耳氣導純音閾值平均值： 分貝(500Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

聲場聽閾平均值： 分貝(500Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

1. 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) | 最適音量之語音分變(SD) | 其他 |
| 右耳 | 分貝 | 分貝 | % |  |
| 左耳 | 分貝 | 分貝 | % |  |
| 聲場 | 分貝 | 分貝 | % |  |

* 無法分耳施測語音聽力檢查時，才併耳施以聲場語音聽力檢查。

1. 鼓室圖檢查結果：□未檢查 □雙耳無顯著異常 □需轉介醫療處置

中耳炎病史：□無 □有(□右耳 □左耳)

1. 電生理檢查結果：(此項檢查視情況決定是否需評估)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 聽性腦幹反應檢查(ABR閾值) 單位：分貝(dB nHL) | | | | | |
|  | 寬頻音 | 500 Hz | 1,000 Hz | 2,000 Hz | 4,000 Hz |
| 右耳 |  |  |  |  |  |
| 左耳 |  |  |  |  |  |
| 骨導 |  |  |  |  |  |
| 穩定誘發聽力檢查(ASSR/SSEP) 單位：分貝(dB eHL) | | | | | |
|  | | 500 Hz | 1,000 Hz | 2,000 Hz | 4,000 Hz |
| 右耳 | |  |  |  |  |
| 左耳 | |  |  |  |  |

1. 聽力損失個案史：

|  |  |
| --- | --- |
| 發現聽損時間 | □0~2歲 □2~5歲 □5歲以上 |
| 主要溝通模式 | □口語　□口手語　□手語　□筆談  □其他： |

**三、規格配置建議**

1. 輔具規格配置：

|  |  |
| --- | --- |
| 類型 | □助聽器A款(口袋型，6歲以下不建議使用)  □助聽器B款(類比式或手調數位式)  □助聽器C款(數位式) |
| 選配耳 | □雙耳選配（口袋型或骨傳導助聽器僅符合「一只」助聽器）  □優先選配於右耳  □優先選配於左耳 |
| 搭配聽覺輔具 | □無相關建議  □無線音訊串流/遠端麥克風系統  □警示指示及信號裝置  □其他： |

1. 是否需要接受使用訓練(6歲以下必須接受使用訓練)：□需要 □不需要
2. 是否需要安排追蹤時間(6歲以下必須安排)：□需要 □不需要
3. 其他建議事項：

**四、評估結果**【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】

各項檢查結果：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □一致 □不一致

助聽器之建議：

□建議使用，補充說明：

□助聽器-A款(口袋型)( 6歲以下不建議使用)

□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：

評估單位用印

評估人員： 評估日期：