**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：10**

**輔具項目名稱：人工講話器**

**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
2. 輔具使用環境(可複選)：□居家 □學校 □社區 □職場 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 最需要之溝通表達內容(可複選)：□基本需求 □資訊分享 □建立關係 □社交禮儀 □自我溝通
 □課業學習 □工作需求 □醫療服務 □社區應用

□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 目前使用的人工講話器：
2. □一般型(氣動式)人工講話器（已使用：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 □使用年限不明）

 (使用效能滿意度:□很好 □尚可 □不佳\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

□電子型(電動式)人工講話器 (已使用：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 □使用年限不明)

 (使用效能滿意度:□很好 □尚可 □不佳\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_﹙已使用：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 □使用年限不明﹚

1. 輔具來源：□自購 □社政 □教育 □勞政 □其他：
2. 目前使用情形：□已損壞不堪修復，需更新

 □原輔具使用的溝通效能不佳

 □尚可使用，但想嘗試另一種人工講話輔具

 □其他：

1. 健康狀況：
2. 與輔具使用之相關診斷(可複選)：□喉頭頸癌(\_\_\_\_\_\_\_) □呼吸障礙(氣切、使用氧氣機、使
 用呼吸器、\_\_\_\_\_\_\_） □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 曾接受過的治療(可複選)：

□手術治療(主手術開刀日期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)：

□全喉切除

□咽切除(全、部分)

□食道切除(全、部分)

□舌切除(全、部分)

□頸部淋巴廓清術：□左側□右側

□放射治療□化學治療□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 目前或曾經罹患下列疾病：□無 □中風 □巴金森氏症 □腦外傷 □運動神經元疾病
 □肌肉萎縮症 □失智症 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 感官功能：

視知覺：□正常

□異常：□有戴眼鏡效能佳

□有戴眼鏡效能不佳

□未戴眼鏡

聽知覺：□正常

□異常：□有使用輔具(助聽器、人工電子耳)效能佳
□有使用輔具(助聽器、人工電子耳)效能不佳
□無輔具

1. 呼吸功能：□正常 □氣管造口太小，呼吸不順暢 □功能不佳，需相關輔具輔助呼吸
2. 頸部肌肉組織：□柔軟度尚可 □僵硬，柔軟度不佳 □肥厚 □疤痕 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 生活自理及氣管造口清潔照護能力：

□可完全自理

□需協助(□需少部分協助 □大部分需協助 □完全需協助)

目前主要協助者：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 與個案關係：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

年齡：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

是否能協助個案使用此輔具：□是 □否

1. 口腔構造與功能：
2. 口腔－顏面構造

臉部：□完整 □缺損 下頦：□完整 □缺損

齒列：□完整 □缺損　舌頭：□完整 □缺損

硬顎：□完整 □缺損 軟顎：□完整 □缺損

1. 口腔-動作與功能

雙唇：□會連續發一ㄨ □可執行kiss動作 □閉合不好

舌頭：□會靈活轉動 □能移動但有限制 □無法移動

下頦：□動作協調、正確咀嚼 □只能上下動咀嚼 □開閉緩慢 □張口困難(<35mm)

顎咽閉鎖功能: □軟顎上提佳 □軟顎上提有限制 □軟顎無法上提

口水控制：□控制良好 □有時流口水 □經常流口水

1. 語言溝通能力
2. 日常語言理解及表達能力：

理解及表達自己的基本資料(回答本評估報告書的第一部分)：□自己獨力完成 □需部份協助 □大部分需要他人協助

回應日常一般對談：□自己獨力完成 □需部份協助 □大部分需要他人協助

1. 目前的溝通方式(請依使用率排出順序1、2、3，1代表最常使用的方式)：

□筆談 □一般型(氣動式)人工講話器 □電子型(電動式)人工講話器 □食道語/氣管食道語 □肢體動作表情

1. 人工講話器操作使用能力(未使用人工講話器者免填)
2. 一般型(氣動式)人工講話器：□可自己完成操作 □需部份協助，學習效果佳

 □操作不佳，須很多協助

使用效能：□很好 □尚可 □不佳，說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 電子型(電動式)人工講話器：□可自己完成操作 □需部份協助，學習效果佳

 □操作不佳，須很多協助

使用效能：□很好 □尚可 □不佳，說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**三、規格配置建議**

1. 輔具規格配置

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 溝通輔具分類 | 溝通輔具類別 | 建議之溝通輔具產品 | 補助相關規定 |
| □ | 人工講話器 | 人工講話器- 一般型(氣動式) | □一般型(氣動式)人工講話器 | 一般型(氣動式)及電子型(電動式)僅擇一申請 |
| 人工講話器- 電子型(電動式) | □電子型(電動式)人工講話器 |
| □ | 其他特殊需求 | □一般型(氣動式)人工講話器與氣管造口貼合的軟墊需修整□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. 是否需要接受使用訓練：□需要 □不需要
2. 是否需要安排追蹤時間：□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】

人工講話器之建議：

□建議使用，補充說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □一般型(氣動式)人工講話器

 □電子型(電動式)人工講話器

□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：