**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：15**

**輔具項目名稱：站立架及傾斜床**

**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)：□家中 □學校 □社區 □職場

3. 目前使用的站立架或傾斜床：

(1)已使用： 年 月(尚未使用者免填) □使用年限不明

(2)現有站立架或傾斜床種類：□前趴式站立架 □直立式站立架 □後仰式站立架 □傾斜床

(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，但需要另行購置一台於不同地點使用

□部分損壞或需要調整，可進行修復或調整

□輔具仍符合使用者現在之使用需求，無需購置

□其他：

4. 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 □腦外傷 □其他：  |
| 身體尺寸量測：身高： 公分，體重： 公斤站立架與傾斜床 公分膝關節高 公分臀寬 公分胸寬 公分肩寬 公分腋窩高 公分手肘高 公分股骨大轉子高 |
| 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 |
| 脊柱 | □正常或無明顯變形 □脊柱側彎 □過度後凸(hyperkyphosis) □過度前凸(hyperlordosis)□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 |
| 髖部 | □正常 □內收 □外展 □風吹式變形 □其他變形：  |
| 膝部 | □正常 □屈曲變形 □伸直變形 |
| 踝部 | □正常 □外翻變形 □蹠屈變形 □其他變形：  |
| 其他攣縮 | 部位： 對站姿擺位之影響：  |
| 肌肉張力 | 頭、頸：□正常 □低張 □高張 軀幹：□正常 □低張 □高張左上肢：□正常 □低張 □高張 右上肢：□正常 □低張 □高張左下肢：□正常 □低張 □高張 右下肢：□正常 □低張 □高張 |
| 站姿平衡能力 | 站起：□不用手即可站起 □用手協助站起 □沒有協助無法站起站起前的嘗試次數：□一次即站起 □超過一次才站起 □沒有協助無法站起站立起5秒內平衡：□無需助行器或其他支撐仍穩固□需助行器或其他支撐才穩固□完全無法站立平衡站立平衡：□窄底面無需支撐□寬底面(腳跟內側距離＞10公分)但不需其他支撐□寬底面(腳跟內側距離＞10公分)且需其他支撐□不穩 |

**三、規格配置建議**

1. 輔具規格配置：

|  |  |
| --- | --- |
| □前趴式站立架 | 相關配件：1. □胸部側支撐墊：□寬度可調整 □高度可獨立調整 2. □骨盆側支撐墊：□寬度可調整 □高度可獨立調整 3. □膝部分隔支撐墊 4. □足部固定配件，形式： 5. □其他： ※至少需提供上述3項配件※固定綁帶與桌板為必要之配件 |
| □後仰式站立架或傾斜床 | 相關配件：1. □頭部側支撐墊：□寬度可調整 □高度可獨立調整2. □胸部側支撐墊：□寬度可調整 □高度可獨立調整 3. □骨盆側支撐墊：□寬度可調整 □高度可獨立調整 4. □兩側膝部分開固定設計5. □足部固定配件，形式： 6. □踝關節角度調整踏板7. □手部抓握桿/□支撐桌面8. □其他： ※上述配件需至少提供3項※固定綁帶為必要之配件 |
| □直立式站立架 | 相關配件：1. □胸部側支撐墊：□寬度可調整 □高度可獨立調整 2. □骨盆側支撐墊：□寬度可調整 □高度可獨立調整 3. □兩側膝部支撐配件可獨立調整設計 4. □足部固定配件，形式： 5. □桌板6. □其他： ※上述配件需至少提供3項※固定綁帶為必要之配件底座設計：1. □踏板高度限制：需小於 cm(方便直接轉位站起)2. □底座直接附輪方便移動3. □附輪板方便搬移 |

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】

站立架與傾斜床之建議：

□建議使用，補充說明：

□前趴式站立架

□後仰式站立架或傾斜床

□直立式站立架

□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：