**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：19**

**輔具項目編號與名稱：居家無障礙設施及相關設備**

**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. 身體功能與構造：

(1)與輔具使用之相關診斷：

□脊髓損傷 □腦性麻痺 □中風 □失智症 □小兒麻痺 □骨骼病變 □植物人 □腦外傷

□截肢(影響部位： 　 ＿＿ ) □肌肉萎縮 □巴金森氏症 □小腦萎縮症

□視覺障礙(低視能/全盲) □罕見疾病(疾病名： 　　 　 　 )

□癌症(影響部位： 　 ＿＿ ) □其他：

(2)視覺：□正常 □異常 □喪失 □其他：

(3)視知覺：□正常 □尚可 □差(影響操作之安全性) □其他：

(4)視力可見之最佳天候及最佳時段：

天候：□無差別 □大晴天 □晴天 □陰天 □雨天

時段：□無差別 □清晨 □上午 □下午 □黃昏 □晚上

(5)明/暗適應：□可 □不佳

(6)聽覺：□正常 □異常 □喪失 □其他：

(7)執行粗大動作能力：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 坐 | 站 | 平地行走 | 斜坡行走 | 樓梯行走 | 跨越門檻 |
| 獨立完成 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 部分協助 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 大量協助 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 無須評估 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |

(8)執行精細動作能力：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精細動作 | 個別手指動作 | | 抓握能力 | | 功能操作 | |
| 右手 | 左手 | 右手 | 左手 | 右手 | 左手 |
| 良好 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 尚可 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 不好 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 極差 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 無須評估 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |

(9)是否有特殊生活習慣或嗜好：

2. 活動與參與：

(1)家中所要扮演之角色：□居家工作者 □外出工作者 □家務執行者 □其他

(2)執行日常活動：□獨立完成 □部分依賴

□完全依賴(依賴活動說明或其他輔具使用 )

□其他

3. 使用情境：

(1)主要照顧者：

(2)居住情形：□獨居 □與家人同住 □其他：

(3)住宅型式：□磚造平房 □木造平房 □透天厝 □公寓 □集合式住宅

(4)生活起居涵蓋樓層： □有電梯(或爬梯機) □無電梯(或爬梯機)

4. 目前主要居家移行/移位輔具：

(1)水平移行(含跨越門檻)：□不需要 □扶手 □單隻手杖 □兩隻手杖 □四腳拐 □腋下拐

□前臂拐 □助行器 □手推輪椅 □電動輪椅 □移位機

□其他：

(2)垂直移行：□不需要 □扶手 □單隻手杖 □兩隻手杖 □四腳拐 □腋下拐 □前臂拐

□助行器 □手推輪椅 □電動輪椅 □爬梯機 □其他：

5. 居家環境與輔具評估：

(1)個案/家屬主訴：

(2)居家環境平面圖、使用情境相關說明及改善建議：(建議**標示出各空間位置、個案動線等，欲改善**

**空間可標明空間尺寸，並標明欲改善項目之相關數據，可附照片輔助說明**，如：有多間浴廁空間需改善則需逐間說明)

|  |
| --- |
| 現況問題說明圖片 |
| 改善建議說明圖片 |

**三、規格配置建議**

1. 環境現況與改善建議：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 居家空間位置 | 環境現況 | 改善建議 |
| 住宅大門口(請見「附表-A」) | □ | □ |
| 住宅內通路(請見「附表-A」) | □ | □ |
| 浴廁空間(請見「附表-B」) | □ | □ |
| 臥房空間(請見「附表-C」) | □ | □ |
| 廚房空間(請見「附表-D」) | □ | □ |
| 其他空間(請見「附表-E」) | □ | □ |

2. 扶手裝設高度相關建議：

|  |
| --- |
| A： cm B： cm C： cm D： cm E： cm F： cm G： cm H： cm I(水平通路)： cm；I(樓梯)： cm；I(斜坡道)： cm；J： cm  其他特殊位置高度建議： |

**參考資料：**

* 一般而言建議扶手使用圓形，直徑為2.8~4公分，扶手末端需向下或向牆面收尾以免勾到衣服(參照建築技術規則建築設計施工編第167 條第2 項規定)
* 固定式斜坡道、非固定式斜坡板坡度參考：(參照建築技術規則建築設計施工編第167 條第2 項規定)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 高低差 | 20cm以上 | 20cm以下 | 5公分以下 | 3公分以下 |
| 坡度 | 1/12 | 1/10 | 1/5 | 1/2 |

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：

**「附表-A」：**□**住宅大門口、**□**住宅內通路之空間現況（視個案需求選擇需要評估的區域）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住宅大門口 | | □門片： ○寬度不足 ○高度不足 ○門片類型不當  ○門片過重 ○裝設位置不當 ○門把類型不當 ○其他( )  □門檻/高低差： ○門檻過高  ○有高低落差(高度為 公分，  段差前可淨空距離為 公分) ○其他( ) | □斜坡： ○坡度過陡 ○材質不當 ○無防滑措施  ○其他( )  □色彩對比不當  □明暗度： ○反光不足 ○過度反光 ○照明不足  ○照明過度  □門前平台材質易滑/止滑效果不佳  □無扶手設置/扶手設置不當  □其他( ) |
| 住宅內通路 | 水平通路 | □走道寬度不足： ○牆面間距離不足 ○物品堆放導致寬度不足 ○其他( )  □無扶手設置  □扶手設置不當  □高低差： 高度為 公分 段差前可淨空距離為 公分 | □地面止滑效果不佳  □色彩對比不當  □明暗度： ○反光不足 ○過度反光 ○照明不足  ○照明過度  □缺乏電動移位裝置  □其他( ) |
| 垂直通路 | □斜坡： ○坡度過陡 ○材質不當 ○無防滑措施  ○其他( )  □樓梯問題： ○無扶手(缺□單側 □雙側) ○缺乏電動移位裝置  □樓梯型式： ○一般樓梯：  共 層樓(□直上型不需轉彎 □180°轉彎 □90°轉彎 □其他 )， 級寬 公分，級深 公分， 級高 公分，傾角 度， 迴轉平台寬 公分，深 公分 | ○螺旋式樓梯：  共 層樓，級高 公分  樓梯梯面尺寸：a 公分，b 公分，c 公分，d 公分  a  d  b  c  ○其他( )  □其他( ) |

**「附表-A」：**□**住宅大門口、**□**住宅內通路之改善建議（視個案需求選擇需要評估的區域）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住宅大門口 | | □門片： ○增加寬度至 公分  ○增加高度至 公分  ○改變門片為 型，  材質為  ○改變位置(向左/右移動 公分)  ○改變門把類型為 型  □門檻/高低差： ○門檻降低至 公分  ○門檻進行□順平□剔除  ○設置固定式斜坡道(材質：□泥作工程□金屬材質，  長度： 公分，坡度為長：高= ： )  ○設置非固定式斜坡板(材質： ，  長度： 公分，荷重量□是□否需大於  180公斤) | 斜坡： ○改使用固定式斜坡道(長：高= ： )  ○改使用非固定式斜坡板(材質： ，  長度： 公分，荷重量□是□否需大於  180公斤) ○施作防滑措施  □色彩對比/明暗度： ○加裝反光貼條 ○進行消光處理 ○增加照明 ○增加遮陽物/減少照明  □門前平台施作防滑措施  □加裝扶手  (共加裝 支，長度各為 公分)  □其他( ) |
| 住宅內通路 | 水平通路 | □增加走道寬度： ○重新隔間(增加地板面積 平方公尺  →增加牆面： 平方公尺) ○移除堆放物品  □加裝扶手  (共加裝 支，長度各為 公分)  □高低差： ○降低至 公分  ○進行□順平□剔除  ○設置固定式斜坡道(材質：□泥作工程□金屬材質，  長度： 公分，坡度為長：高= ： ) | ○設置非固定式斜坡板(材質： ，  長度： 公分，荷重量□是□否需大於  180公斤)  □施作防滑措施  □色彩對比/明暗度： ○加裝反光貼條 ○進行消光處理 ○增加照明 ○增加遮陽物/減少照明  □使用電動移位裝置：  □其他( ) |
| 垂直通路 | □斜坡： ○改使用固定式斜坡道(長：高= ： )  ○改使用非固定式斜坡板(材質： ，  長度： 公分，荷重量□是□否需大於  180公斤) ○施作防滑措施  □加裝扶手：共加裝 支，長度各為 公分 | □使用電動移位裝置：  ○爬梯機(型式：□履帶式-直接座椅型 □履帶式 -輪椅嵌入型 □履帶式-平台型 □輪動撐桿式-直接座椅型 □輪動撐桿式-輪椅嵌入型 □軌道式-直接座椅型 □軌道式-平台型)  □其他( ) |

**「附表-B」：**□**浴廁空間之空間現況（視個案需求選擇需要評估的區域）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 門口 | □門片： ○寬度不足 ○高度不足 ○門片類型不當 ○門片過重 ○裝設位置不當 ○門把類型不當 ○其他( )  □門檻/高低差： ○門檻過高  ○有高低落差(高度為 公分，  段差前可淨空距離為 公分) | □斜坡： ○坡度過陡 ○材質不當 ○無防滑措施  ○其他( )  □無扶手設置/扶手設置不當  □其他( ) |
| 內部空間 | □內部空間不足  □無扶手設置/扶手設置不當  □地板濕滑/地板材質不防滑  □色彩對比不當 | □明暗度： ○反光不足 ○過度反光 ○照明不足  ○照明過度  □其他( ) |
| 浴缸 | □無浴缸但有使用需求  □有裝設浴缸但無使用需求  □有裝設浴缸但型式不當  □有裝設浴缸但位置不當  □需使用其他替代輔具 | □水龍頭型式不當  □水龍頭位置不當  □無扶手設置/扶手設置不當  □易濕滑  □其他( ) |
| 馬桶 | □無馬桶但有使用需求  □有裝設馬桶但無使用需求  □有裝設馬桶但型式不當  □有裝設馬桶但位置不當  □馬桶座面高度不當 | □需使用其他替代輔具  □沖水裝置型式/位置不當  □無扶手設置/扶手設置不當  □其他( ) |
| 洗手台/洗臉槽 | □無洗手台/洗臉槽但有使用需求  □有裝設洗手台/洗臉槽但無使用需求  □有裝設洗手台/洗臉槽但型式不當  □有裝設洗手台/洗臉槽但位置不當  □有裝設洗手台/洗臉槽但高度不當  □水槽下方淨空間不足 | □需使用其他替代輔具  □水龍頭型式不當  □水龍頭位置不當  □無扶手設置/扶手設置不當  □其他( ) |

**「附表-B」：**□**浴廁空間之改善建議（視個案需求選擇需要評估的區域）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 門口 | □門片： ○增加寬度至 公分 ○增加高度至 公分 ○改變門片為 型，  材質為  ○改變位置(向左/右移動 公分)  ○改變門把類型為 型  □門檻/高低差： ○門檻降低至 公分 ○門檻進行□順平□剔除 ○設置固定式斜坡道(材質：□泥作工程□金屬材質，  長度： 公分，坡度為長：高= ： ) | ○設置非固定式斜坡板(材質： ，  長度： 公分，荷重量□是□否需大於  180公斤)  □斜坡： ○改使用固定式斜坡道(長：高= ： )  ○改使用非固定式斜坡板(材質： ，  長度： 公分，荷重量□是□否需大於  180公斤) ○施作防滑措施  □加裝扶手  (共加裝 支，長度各為 公分)  □其他( ) |
| 內部空間 | □增加內部空間： ○拆除現有□浴缸□馬桶□洗臉檯□其他( )  ○重新隔間(增加地板面積 平方公尺  →增加牆面： 平方公尺  □加裝扶手： ○可動式扶手(共 支) ○扶手(共 支，長度各為 公分) | □施作防滑措施  □色彩對比/明暗度： ○加裝反光貼條 ○進行消光處理 ○增加照明 ○減少照明  □其他( ) |
| 浴缸 | □拆除浴缸  □浴缸進行新增/更換： ○型式為：  ○設置位置為：  □改使用其他輔具： ○沐浴椅 ○簡易浴槽/洗槽 ○其他( ) | □更改水龍頭型式為：○感應式 ○撥桿式 ○單閥式  □更改水龍頭位置至：  □加裝扶手： ○可動式扶手(共 支) ○扶手(共 支，長度各為 公分)  □施作防滑措施  □其他( ) |
| 馬桶 | □拆除馬桶  □馬桶進行新增/更換： ○型式為：  ○設置位置為：  ○座面高度為 公分  □改使用：○便盆椅 ○其他( ) | □更改沖水裝置型式為：  □更改沖水裝置位置至：  □加裝扶手： ○可動式扶手(共 支) ○扶手(共 支，長度各為 公分)  □其他( ) |
| 洗手台/洗臉槽 | □拆除洗手台/洗臉槽  □洗手台/洗臉槽進行新增/更換： ○型式為：  ○設置位置為：  ○外緣高度為 公分 ○下方淨空間：高度 公分，深度 公分 | □更改水龍頭型式為：○感應式 ○撥桿式 ○單閥式  □更改水龍頭位置至：  □加裝扶手： ○可動式扶手(共 支) ○扶手(共 支，長度各為 公分)  □其他( ) |

**「附表-C」：**□**臥房空間之空間現況與改善建議（視個案需求選擇需要評估的區域）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 臥房空間 | □門片： ○寬度不足 ○高度不足 ○門片類型不當  ○門片過重 ○裝設位置不當 ○門把類型不當  ○其他( )  □門檻/高低差： ○門檻過高 ○有高低落差(高度為 公分，  段差前可淨空距離為 公分) ○其他( )  □斜坡：  ○坡度過陡 ○材質不當 ○無防滑措施   ○其他( ) | □臥房非與住家大門同一樓層→需另隔臥房  □空間不足  □為架高式和式地板  □色彩對比不足  □明暗度： ○反光不足 ○過度反光 ○照明不足  ○照明過度  □無扶手設置/扶手設置不當  □地板濕滑/地板材質不防滑  □床鋪型式/位置/高度不當  □其他( ) |
| 臥房空間 | □門片： ○增加寬度至 公分  ○增加高度至 公分  ○改變門片為 型，  材質為  ○改變位置(向左/右移動 公分) ○改變門把類型為 型  □門檻/高低差： ○門檻降低至 公分  ○門檻進行□順平 □剔除  ○設置固定式斜坡道(材質： ，  長度： 公分，坡度為長：高= ： ) ○設置非固定式斜坡板(材質： ，  長度： 公分，荷重量□是 □否需大於  180公斤)  □斜坡： ○改使用固定式斜坡道(長：高= ： ) ○改使用非固定式斜坡板(材質： ，  長度： 公分，荷重量□是 □否需大於  180公斤) ○施作防滑措施 | □重新隔間：房間地板面積 平方公尺→增加牆面： 平方公尺  □增加內部空間： ○重新隔間(增加地板面積 平方公尺  →增加牆面： 平方公尺) ○拆除現有  □色彩對比/明暗度： ○加裝反光貼條 ○進行消光處理  ○增加照明 ○減少照明  □加裝扶手(共 支，長度各為 公分)  □施作防滑措施  □更換床鋪： ○型式：  ○擺設位置：  ○床面高度：  □其他( ) |

**「附表-D」：**□**廚房空間之空間現況與改善建議（視個案需求選擇需要評估的區域）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 廚房空間 | □門片： ○寬度不足 ○高度不足 ○門片類型不當  ○門片過重 ○裝設位置不當 ○門把類型不當  ○其他( )  □門檻/高低差： ○門檻過高  ○有高低落差(高度為 公分，段差前可淨空  距離為 公分) ○其他( )  □斜坡： ○坡度過陡 ○材質不當 ○無防滑措施  ○其他( )  □空間不足 | □明暗度： ○反光不足 ○過度反光 ○照明不足  ○照明過度  □色彩對比不足  □有使用需求但無流理檯  □流理檯型式/高度不適用  □流理檯下淨空間不足  □水龍頭型式不當  □水龍頭位置不當  □抽油煙機型式/位置不當  □無扶手設置/扶手設置不當  □地板濕滑/地板材質不防滑  □其他( ) |
| 廚房空間 | □門片： ○增加寬度至 公分  ○增加高度至 公分  ○改變門片為 型，  材質為  ○改變位置(向左/右移動 公分) ○改變門把為 型  □門檻/高低差： ○門檻降低至 公分  ○門檻進行□順平 □剔除  ○設置固定式斜坡道(材質： ，  長度： 公分，坡度為長：高= ： ) ○設置非固定式斜坡板(材質： ，  長度： 公分，荷重量□是 □否需大於  180公斤)  □斜坡： ○改使用固定式斜坡道(長：高= ： ) ○改使用非固定式斜坡板(材質： ，  長度： 公分，荷重量□是 □否需大於  180公斤) ○施作防滑措施 | □增加內部空間： ○重新隔間(增加地板面積 平方公尺  →增加牆面： 平方公尺) ○拆除現有  □色彩對比/明暗度： ○加裝反光貼條 ○進行消光處理  ○增加照明 ○減少照明  □流理檯進行新增/更換： ○型式為：  ○設置位置為：  ○檯面高度為： 公分 ○下方淨空間：高度至少 公分，  深度至少 公分  □更改水龍頭型式： ○感應式 ○撥桿式 ○單閥式  □更改水龍頭位置至：  □改善抽油煙機： ○型式為：  ○抽油煙機下緣高度為 公分  □加裝扶手(共 支，長度各為 公分)  □施作防滑措施  □其他( ) |

**「附表-E」：其他空間之空間現況與改善建議（視個案需求選擇需要評估的區域）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 其他空間(如客廳、餐廳) | (請詳述) |  |
| 其他空間(如客廳、餐廳) | (請詳述) |  |

**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】

居家無障礙設施與相關設備之建議：

□建議使用，補充說明：

(總結如下表)

□不建議改善，理由：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 空間  項目 | | 建議改善(申請用) | 實際改善(檢核用) |
| 門A款 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| 門B款 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| 固定式斜坡道 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| 非固定式斜坡板 | A款 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| B款 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| C款 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| 扶手 | 固定式 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_公分 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_公分 |
| 可動式 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_支 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_支 |
| 水龍頭 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_個 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_個 |
| 防滑措施 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| 反光貼條 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| 消光處理 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| 隔間 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_平方公尺 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_平方公尺 |
| 改善抽油煙機 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| 改善流理台 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| 改善洗臉台 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| 改善馬桶 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| 改善浴缸 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| 壁掛式淋浴椅/床 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| 特殊簡易洗槽 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| 特殊簡易浴槽 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| 架高式和式地板拆除 | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_處 |
| 垂直升降設備  (爬梯機) | 履帶式-直接座椅型 | □建議可購置 | □確實已購置/安裝 |
| 履帶式-輪椅嵌入型 | □建議可購置 | □確實已購置/安裝 |
| 履帶式-平台型 | □建議可購置 | □確實已購置/安裝 |
| 輪動撐桿式-直接座椅型 | □建議可購置 | □確實已購置/安裝 |
| 輪動撐桿式-輪椅嵌入型 | □建議可購置 | □確實已購置/安裝 |
| 軌道式-直接座椅型 | □建議可購置 | □確實已購置/安裝 |
| 軌道式-平台型 | □建議可購置 | □確實已購置/安裝 |
| 其他(請詳述) | |  |  |

評估單位：

評估單位用印

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、型式與原處方符合，部分規格及零配件略有出入，但大致符合。  
   □功能、型式或規格與原處方有顯著差異，不符原處方精神。  
   □其他：
2. 操作情形：  
   □可順利完成操作   
   □經指導後已了解如何操作   
   □須安排訓練

檢核單位用印

檢核單位：

檢核人員： 職稱：

檢核日期：