**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：21**

**輔具項目名稱：下肢義肢**

**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 □經常需要上下階梯

□經常需要行經斜坡

3. 輔具使用情境：□僅站立 □短距離步行 □長距離步行 □障礙路面步行 □運動用

□其他特殊需求：

4. 常用交通工具：□輪椅 □腳踏車 □機車 □汽車 □大眾運輸工具 □其他：

5. 輔具穿著獨立性：□獨立完成 □他人部分協助 □他人完全協助

6. 目前使用的下肢義肢：

(1)已使用： 年 月(尚未使用者免填) □使用年限不明

(2)現有下肢義肢種類：□部分足義肢 □踝離斷義肢 □膝下義肢 □膝離斷義肢 □膝上義肢

□髖離斷義肢 □半骨盆切除義肢

(3)輔具來源：□自購 □健保 □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，但需要另行購置一具於不同情境使用

□其他：

7. 輔具使用之相關診斷(可複選)：□截肢 □中風偏癱(左/右) □脊髓損傷(頸/胸/腰/薦)

□腦性麻痺或發展遲緩 □運動神經元疾病 □骨折或關節炎

□心肺功能疾病 □腦外傷 □其他：

8. 此次欲申請義肢之部位:

9. 申請部位最近一次截肢日期： 年 月 □截肢日期不明

10. 截肢原因：□周邊血管疾病 □外傷 □腫瘤 □先天缺損 □其他：

11. 皮膚感覺：□正常 □喪失 □幻肢覺或幻痛 □無法施測，原因：

12. 循環與呼吸系統功能：□正常 □心臟功能障礙 □血管功能障礙 □淋巴水腫

□呼吸功能障礙 □其他：

13. 肌肉力量：□無異常

□異常，上肢：□左側 □右側 □雙側，□肩 □肘 □腕 □手

下肢：□左側 □右側 □雙側，□髖 □膝 □踝 □足

□其他：

14. 肌肉張力：□無異常

□異常，□過高：上肢：□左側 □右側 □雙側，□肩 □肘 □腕 □手

下肢：□左側 □右側 □雙側，□髖 □膝 □踝 □足

□過低：上肢：□左側 □右側 □雙側，□肩 □肘 □腕 □手

下肢：□左側 □右側 □雙側，□髖 □膝 □踝 □足

□其他：

15. 關節活動度：□無受限

□受限，上肢：□左側 □右側 □雙側，□肩 □肘 □腕 □指 關節

下肢：□左側 □右側 □雙側，□髖 □膝 □踝 □趾 關節

□其他：

16. 需保護或變形之關節：□無

□有，上肢：□左側 □右側 □雙側，□肩 □肘 □腕 □指 關節

下肢：□左側 □右側 □雙側，□髖 □膝 □踝 □趾 關節

□其他：

17. 異常反射：□無 □有，異常狀況簡述：

18. 協調功能障礙：□無 □有，異常狀況簡述：

19. 殘肢狀況：

(1)殘肢長度：膝下截肢自脛骨平台以下：□左側 公分 □右側 公分

 膝上截肢自股骨大轉子以下：□左側 公分 □右側 公分

(2)殘肢外型：□漏斗型 □葫蘆型 □其他

(3)傷口品質：□已癒合 □尚未癒合 □其他

(4)腫脹消退情形：□已消退完成 □尚未消退完成 □其他

(5)對濕熱環境耐受度：□能忍受 □無法忍受

20. 其他截肢部位：□無 □有， 側 截肢

**三、規格配置建議**

1. 輔具規格配置：

|  |  |
| --- | --- |
| 配置項目 | 配置日期： 年 月 日 |
| 義肢種類 | □部分足義肢 □踝離斷義肢 □膝下義肢 □膝離斷義肢 □膝上義肢□髖離斷義肢 □半骨盆切除義肢 □更換義肢腳掌組(限原義肢使用滿兩年者) |
| 義肢懸吊系統 | 膝下截肢 | □大腿皮套 □髁上皮帶 □髁上懸吊 □臏上髁上懸吊□矽膠吸附式 □其他：  |
| 膝上截肢 | □傳統皮帶 □希利氏帶 □傳統吸附式 □矽膠吸附式□骨盆固定帶 □其他：  |
| 主體連結組件 | □內骨骼式 □外骨骼式 |
| 髖關節 | □固定式 □活動式 □其他：  |
| 膝關節 | □手動固定式 □安全膝 □單軸膝 □多連桿式 □氣壓式 □液壓式 □電腦控制 □其他：  |
| 腳掌及踝關節 | □固定式踝關節 □單軸腳掌 □多軸腳掌 □儲能式腳掌□其他：  |

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】

下肢義肢之建議：

□建議使用，補充說明：

□更換義肢腳掌組

□部分足義肢

□踝離斷義肢

□膝下義肢

□膝離斷義肢

□膝上義肢

□髖離斷義肢

□半骨盆切除義肢

□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，建議修改調整部位：

□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：