**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：22**

**輔具項目名稱：上下肢矯具**

**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(可複選)：□僅供站立 □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. 目前使用的上下肢矯具：

(1)已使用： 年 月(尚未使用者免填) □使用年限不明

(2)現有上下肢矯具部位：□右側 □左側 □雙側

種類：□髖膝踝足矯具 □膝踝足矯具 □踝足部矯具 □髖部矯具

□膝部副木 □肘部副木

(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)：□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. 皮膚感覺：□正常 □異常： □喪失： □無法施測，原因：

9. 循環與呼吸系統功能：□正常 □呼吸功能障礙 □心臟功能障礙 □血管功能障礙

□淋巴水腫 □其他：

10. 未用矯具可否獨立行走：□無法行走 □可獨立行走 □可行走但需他人或輔具協助

11. 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：

12. 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：

13. 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：

14. 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：

15. 異常反射：□無 □有，異常狀況簡述：

16. 雙下肢長度：□相等 □不相等， 　 側，短 公分

17. 皮膚狀況：□無破損 □有破損， 側，位置：

18. 有無接受矯正手術或裝有內固定：□無 □有

**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 |
| 矯具之種類 | □左側 □右側 □雙側  □髖膝踝足矯具 □膝踝足矯具 □踝足部矯具 □髖部矯具  □膝部副木 □肘部副木  □支架鞋具(與下肢支架金屬立柱固定連結，完整包覆足部，不得僅為托足板形式) |
| 髖關節 | □活動關節式 □關節帶鎖式 □撥號盤式 □外展式 □其他： |
| 膝關節 | □活動關節式 □關節帶鎖式 □撥號盤式 □限制活動範圍式  □後扳上鎖式 □多軸關節式 □軸心後移式(Offset) □其他： |
| 踝關節 | □固定式 □關節式 □彈簧輔助式 □其他： |
| 其他配件  (可複選) | □骨盆帶 □膝蓋壓皮 □加強固定帶 □內側T字帶 □外側T字帶  □大腿固定半月帶 □小腿固定半月帶 □其他： |
| 矯具製作材質 | □金屬 □塑膠 □碳纖維 □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】

矯具之建議：

□建議使用，補充說明：

(若雙側不同請註明)

□踝足矯具： □左側 □右側 □雙側

□膝踝足矯具： □左側 □右側 □雙側

□髖膝踝足矯具：□左側 □右側 □雙側

□髖部矯具： □左側 □右側 □雙側

□膝部副木： □左側 □右側 □雙側

□肘部副木： □左側 □右側 □雙側

□支架鞋具： □左側 □右側 □雙側

□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：