**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：26**

**輔具項目編號與名稱：人工電子耳(含術後聽能語言復健計畫書)**

**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、術前評估**

1. 聽障病史：
2. 發現失聰年齡：\_\_\_\_\_\_歲\_\_\_\_\_\_個月 (\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日發現)
3. 發現雙耳極重度感覺神經性聽力障礙病史至今：□5年(含)以內 □超過5年
4. 聽障發生原因：□先天性 □後天性，原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. 術前接受聽語訓練：□有，訓練單位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月)   
   □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. 輔具使用狀況：

※右側

□尚未使用

□已使用：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月

使用項目:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

初配日期: \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日

是否中斷使用: □是，\_\_\_\_\_\_年 □否

1. 現有助聽器種類：□口袋型 □耳掛型 □耳內型 □其他：

(現有助聽器廠牌：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_型號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

1. 現有人工電子耳廠牌：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_型號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

※左側

□尚未使用

□已使用：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月

使用項目:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

初配日期: \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日

是否中斷使用: □是，\_\_\_\_\_\_年 □否

1. 現有助聽器種類：□口袋型 □耳掛型 □耳內型 □其他：

(現有助聽器廠牌：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_型號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

1. 現有人工電子耳廠牌：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_型號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 術前語言可懂度分級(Speech intelligibility rating, SIR)：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分級 | 判別標準 | 評估結果  (請擇一勾選) |
| 5 | 一般人可以輕易聽懂個案日常對話的內容 |  |
| 4 | 聽者只要有稍微接觸過聽損者的經驗，就可以聽懂個案的溝通語言 |  |
| 3 | 聽者在專心和讀唇下，可以聽懂個案的溝通語言 |  |
| 2 | 整體而言，個案語言表達無法讓聽者理解，但在了解談話內容和讀唇提示下，聽者可以了解對話當中的一些單音 |  |
| 1 | 個案只有一些無法辨識的語音或發音，主要溝通方式為手語或手勢 |  |

※通過分數：3分(含)以上。

1. 人工電子耳手術前之聽力評估：
2. 裸耳純音聽力檢查結果，可信度：□一致 □不一致 單位：分貝(dB HL)

頻

率

閾

值

/

分

貝

測

驗

耳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 250 Hz | 500 Hz | | 1,000 Hz | | 2,000 Hz | | 4,000 Hz | |
| 氣導 | 氣導 | 骨導 | 氣導 | 骨導 | 氣導 | 骨導 | 氣導 | 骨導 |
| 右耳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 左耳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

右耳氣導純音閾值平均值：\_\_\_\_\_\_\_分貝(500 Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

左耳氣導純音閾值平均值：\_\_\_\_\_\_\_分貝(500 Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

1. 助聽後語音聽力檢查結果：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 閾值(SRT) | 語音分辦(SDS) |
| 右耳 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_分貝 | 在\_\_\_\_\_\_\_\_分貝時正確率為\_\_\_\_\_\_\_% |
| 左耳 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_分貝 | 在\_\_\_\_\_\_\_\_分貝時正確率為\_\_\_\_\_\_\_% |

1. 鼓室圖檢查結果：□無 □A型 □B型 □C型 □As型 □Ad型

中耳炎病史：□無 □有

1. 聽性腦幹反應檢查結果(Tone burst或Click ABR)：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 500 Hz | 1,000 Hz | 2,000 Hz | 4,000 Hz | click | |
| 右耳(dB nHL) | \_\_\_\_\_分貝 | \_\_\_\_\_分貝 | \_\_\_\_\_分貝 | \_\_\_\_\_分貝 | \_\_\_\_\_分貝 | □大於90分貝 |
| 左耳(dB nHL) | \_\_\_\_\_分貝 | \_\_\_\_\_分貝 | \_\_\_\_\_分貝 | \_\_\_\_\_分貝 | \_\_\_\_\_分貝 | □大於90分貝 |

1. 人工電子耳手術前之理學檢查及影像學評估：(由醫師填寫，電腦斷層和核磁共振檢查至少擇一執行)
2. 耳部外觀：外耳道(□正常 □異常\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)、耳膜□正常 □異常\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
3. 電腦斷層：中耳腔(□正常 □異常\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)、耳蝸(□正常 □異常\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)、

聽神經骨管(□正常 □異常\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

1. 核磁共振：耳蝸(□正常 □異常\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)、聽神經(□正常 □異常\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)、

腦部(□正常 □異常\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

1. 人工電子耳手術前之語言治療評估：(由語言治療師評估)
2. 溝通評估：
3. 溝通模式評估：□聽覺及口語 □讀唇及口語 □手語 □讀寫 □全溝通法 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. 溝通修補策略：□良好 □稍差 □尚可 □不佳 □極差
5. 口語理解評估：
6. 封閉式

□詞彙理解：□良好 □稍差 □尚可 □不佳 □極差

□語句理解：□良好 □稍差 □尚可 □不佳 □極差

1. 開放式

□詞彙理解：□良好 □稍差 □尚可 □不佳 □極差

□語句理解：□良好 □稍差 □尚可 □不佳 □極差

1. 口語表達評估：
2. 表達能力：□良好 □稍差 □尚可 □不佳 □極差
3. 語句表達：□有 □無
4. 嗓音：音質□良好 □稍差 □尚可 □不佳 □極差

音量□太大 □大 □剛好 □小 □太小

1. 流利度：□正常 □語暢異常 □無
2. 構音評估：子音正確率(PCC)=\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %
3. 清晰度：□正常 □有構音但不影響清晰 □有構音問題且影響清晰度 □無表達能力
4. 人工電子耳手術前之社會心理評估：(由社工師評估)

7-1家庭評估：

1. 家庭圖：
2. 家庭動力評估：
3. 主要決策者：□本人 □配偶 □子女 □父 □母 □手足 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. 家庭的決策方式：□家庭討論 □主要決策者決定 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. 主要決策者對手術的支持度：□高度支持 □支持 □猶疑中 □不支持
6. 到場家屬的互動觀察：□熱絡 □冷漠

7-2 個案現況：

生活作息：□規律 □不規律

就業中：□是，職業：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □否

就學中：□是，學校：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □否

是否能獨力照顧助聽器：□是 □否

7-3協同照顧能力評估(如無協同照顧者則免填)：

協同照顧者(稱謂)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

對已有助聽器的照顧方式、聽損以及口語復健的態度：□可配合 □無配合意願

替代照顧人力安排：□有 □無

7-4社會資源評估：

* 1. 政府補助

□有，來源\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□無

1. 連結民間資源申請

□有，來源\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□無

1. 其他(含親屬協助)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7-5對人工電子耳認知：

1. 了解手術的原因：□是 □否
2. 核對電子耳的認知：□非常了解 □部分了解 □不了解
3. 對手術期待術後須達到何種聽說能力的期待：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. 人工電子耳手術前之精神狀態評估：(由耳鼻喉科醫師填寫，必要時會診精神科醫師)

□不需會診

□需進一步評估\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8-1精神科醫師評估結果：   
是否需轉介臨床心理師評估：□需要 □不需要

8-2臨床心理師評估(請擇一評估)：

1. 心智功能評估(智能評估、發展評估、腦部病變或傷損、廣泛性認知功能、高階認知功能，以及適應功能)

評估項目(請擇一評估)：□智能/發展評估 □廣泛性認知功能/腦部病變或傷損評估   
□高階認知功能 □適應功能 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

使用工具/量表(自選)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

該工具/量表之指標分數：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

結果摘要：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□不需要

□需要：□立即 □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(月/年)後追蹤

1. 心理社會調適功能(情緒與社會發展、社會人際適應、情緒調節、自我概念與認同)

評估項目(請擇一評估)：□情緒與社會發展評估 □社會人際適應/情緒調節評估 □自我概念與認同 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□結構式晤談 □使用工具/量表\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(自選)，(指數)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_結果摘要：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□不需要

□需要：□立即 □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (月/年)後追蹤

1. 精神狀態與危機心理評估(壓力評估、急慢性精神狀態、危機衡鑑）

評估項目(請擇一評估)：□壓力評估/危機衡鑑 □急慢性精神狀態評估

□結構式晤談 □使用工具/量表\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(自選)，(指數)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
結果摘要：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□不需要

□需要：□立即 □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (月/年)後追蹤

1. 其它：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**四、評估結果**

術前評估結果【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可執行】(由醫師填寫)

□建議手術，補充說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□不建議手術，原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

評估單位：

評估單位用印

耳鼻喉科醫師： 評估日期：

聽力師： 評估日期：

語言治療師： 評估日期：

社工師： 評估日期：

精神科醫師： 評估日期：

心理師： 評估日期：

**輔具評估報告格式編號：26**

**輔具項目編號與名稱：人工電子耳**

**附件 術後聽能語言復健計畫書**

術後聽語復健計畫執行內容：(由個案進行術後聽語復健之醫療院所或機構填具)

此次術後聽語復健計畫期程：自\_\_\_\_年\_\_\_\_月起至\_\_\_\_年\_\_\_\_月止，計\_\_\_\_\_\_\_\_個月；預期個案復健期程需\_\_\_\_\_\_\_\_個月，未來將視個案之學習狀況再行調整。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 內　　　　　　　　　　　　容 | 評估者簽章 | 填表日期 |
| 人工電子耳調圖(Mapping)聽力檢查暨聽能復健 |  |  |  |
| 語言及溝通 |  |  |  |
| 其他 |  |  |  |

申請人(監護人)簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

醫療院所/機構(戳章)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

（不同單位填具該表時，請分別核章）

醫療院所／機構電話：

醫療院所／機構住址：

完成填表日期：中華民國 年 月 日