**輔具評估報告書**

**輔具項目名稱：壓力衣**

**一、基本資料**

|  |
| --- |
| 1. 姓名： 2. 性別：□男 □女3. 身分證字號： 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. 目前使用的壓力衣：

(1)已使用： 年 月(尚未使用者免填) □使用年限不明

(2)輔具來源：□自購 □社政 □勞政 □教育 □其他：

(3)目前使用情形：□尚未使用輔具

□已損壞不堪修復，需重製

□規格或功能不符現在使用需求，需重製

□部份零件損壞或需要調整，可進行修復或調整

□符合使用者現在使用需求，無需購置

□其他：

2. 身體功能與構造：

(1)輔具使用之相關診斷：

□燒燙傷 □皮膚損傷： □身體腫瘤： □循環障礙：

□其他：

(2)需使用壓力衣之疤痕位置：

|  |
| --- |
| 疤痕位置 |
| 頭頸 | 頭部：□前額 □眼部 □鼻子 □口部 □耳朵 □面頰 □下巴 □頭頂 □後枕部頸部：□前面 □左側 □右側 □後面 |
| 肩胸腹背 | □左肩部 □右肩部 □胸廓部 □中腹部 □下腹部 □上半背 □下半背 □左側腰□右側腰 |
| 左上肢 | □上臂 □肘部 □前臂 □腕 □手背 □手掌 □手指 □虎口 |
| 右上肢 | □上臂 □肘部 □前臂 □腕 □手背 □手掌 □手指 □虎口 |
| 腰臀大腿 | 左側：□鼠蹊 □臀部 □大腿前 □大腿後 □大腿內 □大腿外右側：□鼠蹊 □臀部 □大腿前 □大腿後 □大腿內 □大腿外 |
| 左下肢 | □膝 □小腿前 □小腿後 □踝 □腳背 □腳掌 □腳指 |
| 右下肢 | □膝 □小腿前 □小腿後 □踝 □腳背 □腳掌 □腳指 |



 　　　　　　請依損傷部位勾選

 　　□頭頸

 　　　□肩胸腹背

 □左上肢

 □右上肢

 □腰臀大腿

 □左下肢

　 □右下肢

**三、規格配置建議**

1. 輔具規格配置：

|  |  |
| --- | --- |
| 款式 | 特殊說明 |
| **□頭套**□全罩 □半罩 □其他： □無特別建議 | □有傷口需注意： □需自行穿脫，製作考量上請協助： □其他：  |
| **□上衣**□長袖 □短袖 □其他： □無特別建議 | □有傷口需注意： □需自行穿脫，製作考量上請協助： □其他：  |
| **□褲子**□長褲 □短褲 □其他： □無特別建議 | □有傷口需注意： □需自行穿脫，製作考量上請協助： □其他：  |
| **□袖套** | □有傷口需注意： □需自行穿脫，製作考量上請協助： □其他：  |
| **□手套**□有指 □無指 □其他： □無特別建議 | □有傷口需注意： □需自行穿脫，製作考量上請協助： □其他：  |
| **□腿套** | □有傷口需注意： □需自行穿脫，製作考量上請協助： □其他：  |
| **□腳套**□有指 □無指 □其他： □無特別建議 | □有傷口需注意： □需自行穿脫，製作考量上請協助： □其他：  |
| **□頸圈**□厚 □薄 □其他： □無特別建議 | □有傷口需注意： □需自行穿脫，製作考量上請協助： □其他：  |

2. 壓力衣配件之建議：□內襯墊，位置：

□矽膠片，位置：

□鼻管 □擴嘴器 □耳朵副木 □透明壓力面膜

□其他：

3. 是否需要接受使用訓練：□需要(□穿著方式 □洗滌保養 □水腫觀察 □傷口觀察 □疤痕觀察)

□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：

**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】

壓力衣之建議：

□建議使用，補充說明：

□A款：頭頸

□B款：肩胸腹背

□C款：右上肢

□D款：左上肢

□E款：腰臀大腿

□F款：右下肢

□G款：左下肢

□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. 輔具使用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，部分規格及零件略有出入，但大致符合

□功能、形式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：

□無須修改與調整

□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

□不堪使用，需重新製作

檢核單位用印

檢核單位：

檢核人員： 職稱：

檢核日期：