

桃園市北區輔具資源中心輔具評估服務申請暨通報單

備註：打*號為必填

填表日期： 年 月 日

*個案姓名		*身份證字號		出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
*障礙類別	舊制度	<input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 聲音或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 染色體異常	<input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 自閉症	<input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 慢性精神疾病 <input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 多重：_____	<input type="checkbox"/> 罕見疾病患者 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 顏面損傷		
	新制度	<input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類	<input type="checkbox"/> 第四類 <input type="checkbox"/> 第五類 <input type="checkbox"/> 第六類	<input type="checkbox"/> 第七類 <input type="checkbox"/> 第八類 <input type="checkbox"/> 其他：_____	ICF 碼：_____ ICD 碼：_____		
*障礙程度		<input type="checkbox"/> 無手冊 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度					
疾病別		<input type="checkbox"/> 脊髓損傷 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 截肢 <input type="checkbox"/> 運動神經元疾病 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 腦外傷 <input type="checkbox"/> 小腦萎縮症 <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 白內障 <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 視網膜病變 <input type="checkbox"/> 先天性聽損 <input type="checkbox"/> 老年性重聽 <input type="checkbox"/> 突發性耳聾 <input type="checkbox"/> 小耳症 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
*聯絡電話			*聯絡人		與個案關係		案_____
*通訊住址							
*戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同通訊地址							
*身份別 <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶【41】 <input type="checkbox"/> 低收入戶【28】							
*輔具項目	必評	<input type="checkbox"/> 手動輪椅 <input type="checkbox"/> 電動輪椅 <input type="checkbox"/> 電動代步車 <input type="checkbox"/> 擺位系統 <input type="checkbox"/> 輪椅座墊 <input type="checkbox"/> 移位類輔具 <input type="checkbox"/> 語音手機 <input type="checkbox"/> 行動/影像電話機 <input type="checkbox"/> 個人衛星定位器 <input type="checkbox"/> 人工講話器 <input type="checkbox"/> 電腦輔具 <input type="checkbox"/> 盲用軟體(○放大軟體 ○報讀軟體) <input type="checkbox"/> 點字輔具(○點字機 ○點字觸摸顯示器) <input type="checkbox"/> 低視能輔具(○濾光眼鏡 ○望遠鏡 ○放大鏡 ○擴視機) <input type="checkbox"/> 爬梯機(樓梯升降椅) <input type="checkbox"/> 居家無障礙：_____					
	可評	<input type="checkbox"/> 推車 <input type="checkbox"/> 助行器(車) <input type="checkbox"/> 氣墊床 <input type="checkbox"/> 照顧床 <input type="checkbox"/> 站立架 <input type="checkbox"/> 升降桌/擺位椅 <input type="checkbox"/> 移位機 <input type="checkbox"/> 助聽器(驗配) <input type="checkbox"/> 脊柱矯具 <input type="checkbox"/> 義肢：_____ <input type="checkbox"/> 支架：_____					
	借用	<input type="checkbox"/> 推車 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 助步車 <input type="checkbox"/> 擺位椅 <input type="checkbox"/> 站立架 <input type="checkbox"/> 爬梯機 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
服務時間		<input type="checkbox"/> 皆可 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
◇ 僅提供至中心評估輔具項目：電動輪椅/電動代步車、矯具及義具、個人衛星定位器、視覺輔具、溝通輔具、電腦輔具、人工講話器、助聽器等。 ◇ 到宅評估資格：植物人、肢障重度者、失智症重度者、具肢障重度或失智症重度之多重障礙者、肢體癱瘓且無法自行翻身坐起者(須檢附診斷證明書或村里長證明)、申請居家無障礙環境改造者。 ◇ 居住機構者：以機構人員協助調查院內具輔具評估需求民眾達二人以上者為優先，若機構內確無第二人須進行輔具評估者，則依到宅評估資格認定。 ◇ 住院者不提供到院評估服務。					<input type="checkbox"/> 待傳真臥床證明		
					*通報人員		
備註					評估人員		初次聯絡：
							評估日期：
							特殊狀況：
以下欄位由本中心服務人員填寫							
*來源		<input type="checkbox"/> 社政體系 <input type="checkbox"/> 社福單位 <input type="checkbox"/> 勞政體系 <input type="checkbox"/> 衛政體系(○出院準備 ○醫療人員) <input type="checkbox"/> 教育體系(○特教中心 ○國中小學 ○高中職以上) <input type="checkbox"/> ICF轉介 <input type="checkbox"/> 曾服務個案 <input type="checkbox"/> 親友 <input type="checkbox"/> 廠商 <input type="checkbox"/> 網頁(_____) <input type="checkbox"/> 其他：_____					
近五年申請輔具(年/月/日)		_____ (____/____/____)、_____ (____/____/____)、_____ (____/____/____) _____ (____/____/____)、_____ (____/____/____)、_____ (____/____/____)					
*處理狀況		<input type="checkbox"/> 已接案 <input type="checkbox"/> 未接案，原因：_____					
專案類別		<input type="checkbox"/> 市府至中心 <input type="checkbox"/> 市府到宅 <input type="checkbox"/> 市府定點 <input type="checkbox"/> 輔具據點			*查詢人員		