

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：1

輔具項目名稱：推車、輪椅、輪椅附加功能及配件

一、基本資料

1.姓名：	2.身分證字號：	3.生日：	年	月	日
4.聯絡人姓名：	與個案關係：	聯絡電話：			
5.戶籍地址：					
6.居住地址(□同戶籍地)：					
7.聯絡(公文寄送)地址(□同戶籍地 □同居住地)：					
8.是否領有身心障礙證明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
9.身心障礙類別(可複選)：	<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：_____				
10.身心障礙程度分級：	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度				

二、活動需求與情境評估

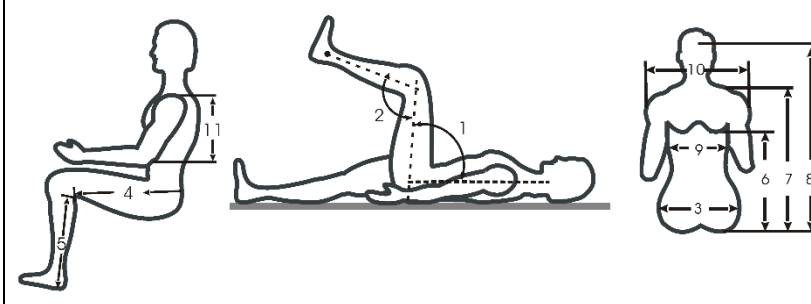
- 預計使用的場合(可複選)：居家生活 照顧機構 校園學習 職場就業 其他：_____
- 活動需求(可複選)：室內靜態活動為主 需於社區/校園內短距離移動，頻率：_____
- 中長距離移動(>1公里)，頻率：_____ 運動休閒，類型：_____
- 使用環境特性(可複選)：
 - 大致平坦 經常通過顛簸路面 需跨越門檻/線槽，高低差：_____公分
 - 經常需跨越間隙，距離：_____公分 需在無障礙坡道推行 需在陡坡推行
- 人力支持情況：無 偶有協助人力 經常有照顧者陪同 其他：_____
- 交通運輸方式(可複選)：無 經常以公車/復康巴士載運 需小客車載運 自駕改裝機車
- 目前使用的輔具(僅填寫此次申請之相關輔具，尚未使用者免填)：
 - 輔具種類：
 - 推車：一般型 荷重型 擺位型
 - 輪椅：非輕量化量產型 輕量化量產型 客製型 手推圈啟動型動力輔助輪椅
 - 輪椅附加功能(可複選)：利於移位 仰躺 空中傾倒
 - 高活動型輪椅：基礎型 進階型
 - 輪椅配件-動力套件：後推式介護型 後推式自駕型 前拉式自駕型
 - 輔具來源：政府補助：身障 長照 職災 職再 教育 榮民 健保
其他：_____
 - 二手輔具：租借 媒合
 - 自購
 - 其他：_____
 - 已使用約：_____年 使用年限不明
 - 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，但需要另行購置於不同場所使用
其他：_____

三、身體功能與構造及輔具使用相關評估

輔具使用之相關診斷(可複選)：
植物人 失智症 中風偏癱(左/右) 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) 腦外傷(左/右) 小腦萎縮症
腦性麻痺 發展遲緩 運動神經元疾病 巴金森氏症 肌肉萎縮症 小兒麻痺 骨折
截肢 關節炎 心肺功能疾病 其他：_____

身高約：_____公分，體重約：_____公斤，體型概述：_____
 管路/造口(可複選)：無 氣切管 鼻胃管 尿管 胃造口 腸造口 膀胱造口
其他：_____

身體量測(僅申請輪椅配件-後推式介護型動力套件者，身體量測數據免填)：



※若雙側數據不同者請分別標示：
左/右(L/R)

※以下數據之長度單位為：
公分 英吋

- | | | |
|------------------------------|--|-----------------|
| 1. 髖關節限制：_____ (左) _____ (右) | 5. 膝窩至腳底：_____ <input type="checkbox"/> 含鞋 | 9. 胸廓寬度：_____ |
| 2. 膝關節限制：_____ (左) _____ (右) | 6. 肩胛下角高：_____ | 10. 肩峰距離：_____ |
| 3. 坐面最寬處：_____ | 7. 肩峰高度：_____ | 11. 上臂垂直高：_____ |
| 4. 臀至膝窩：_____ | 8. 枕骨中心高：_____ | 12. 胸廓厚度：_____ |

身體各部位姿態	靜態下 坐姿維持能力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 雙手扶持尚可維持平衡 <input type="checkbox"/> 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體明顯會倒向(可複選)： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方
	輪椅移動時 坐姿維持能力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可維持平衡 <input type="checkbox"/> 需以輔具加強軀幹支撐
	骨盆(可複選)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 向前/後傾 <input type="checkbox"/> 向左/右傾斜 <input type="checkbox"/> 向左/右旋轉 坐姿時骨盆經常： <input type="checkbox"/> 向前滑動 <input type="checkbox"/> 向後滑動 <input type="checkbox"/> 向左滑動 <input type="checkbox"/> 向右滑動
	脊柱(可複選)	<input type="checkbox"/> 無明顯變形 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis) <input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis)
	頭部控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 <input type="checkbox"/> 完全無法控制
	腕部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內收變形 <input type="checkbox"/> 外展變形 <input type="checkbox"/> 風吹式變形 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	膝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 屈曲變形 <input type="checkbox"/> 伸直變形
	踝部(可複選)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內翻變形 <input type="checkbox"/> 外翻變形 <input type="checkbox"/> 蹠屈變形 <input type="checkbox"/> 背屈變形 <input type="checkbox"/> 其他：_____
其他攣縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，部位：_____ 對坐姿擺位之影響：_____	
異常肌張力		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張 <input type="checkbox"/> 徐動；對於坐姿的影響：_____
認知/判斷能力		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 錯亂或遲鈍
視知覺能力		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差
皮膚感覺		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ <input type="checkbox"/> 喪失：_____ <input type="checkbox"/> 無法施測
壓傷(褥瘡)		<input type="checkbox"/> 未曾發生 <input type="checkbox"/> 過去有，部位：_____ <input type="checkbox"/> 目前有，部位：_____ 尺寸：_____公分 × _____公分 分級： <input type="checkbox"/> 第1級 <input type="checkbox"/> 第2級 <input type="checkbox"/> 第3級 <input type="checkbox"/> 第4級 <input type="checkbox"/> 無法分級 <input type="checkbox"/> 深層組織壓傷

以下肢承重方式轉位能力(含主動、被動)：可 否

個案自行操作輪椅之技巧(推車、輪椅配件-後推式介護型動力套件之使用者免填):

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1. 啟動/解除駐輪裝置(wheel-lock) | <input type="checkbox"/> 獨立完成 | <input type="checkbox"/> 可訓練或需改裝 | <input type="checkbox"/> 需要他人協助 |
| 2. 在平地執行前進、後退、轉向及停止 | <input type="checkbox"/> 獨立完成 | <input type="checkbox"/> 可訓練或需改裝 | <input type="checkbox"/> 需要他人協助 |
| 3. 無障礙坡道上自推上坡、轉向及停止 | <input type="checkbox"/> 獨立完成 | <input type="checkbox"/> 可訓練或需改裝 | <input type="checkbox"/> 需要他人協助 |
| 4. 在開門時限內進出電梯門或捷運門 | <input type="checkbox"/> 獨立完成 | <input type="checkbox"/> 可訓練或使用輔具 | <input type="checkbox"/> 需要他人協助 |
| 5. 於較窄的通道中穩定向前推行5公尺 | <input type="checkbox"/> 獨立完成 | <input type="checkbox"/> 可訓練或使用輔具 | <input type="checkbox"/> 需要他人協助 |
| 6. 進出小轎車或馬桶、床鋪間的轉位 | <input type="checkbox"/> 獨立完成 | <input type="checkbox"/> 可訓練或需改裝 | <input type="checkbox"/> 需要他人協助 |
| 7. 上下5公分的台階或門檻 | <input type="checkbox"/> 獨立完成 | <input type="checkbox"/> 可訓練或需改裝 | <input type="checkbox"/> 需要他人協助 |
| 8. 前輪翹起技巧(Wheelie) | <input type="checkbox"/> 獨立完成 | <input type="checkbox"/> 可訓練或需改裝 | <input type="checkbox"/> 需要他人協助 |
| 9. 執行座面減壓方式 | <input type="checkbox"/> 獨立將身體撐起 | <input type="checkbox"/> 獨立以重心偏移 | <input type="checkbox"/> 需要他人協助 |

四、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購置】

1. 評估結果：

不建議使用以下輔具；理由：_____

建議使用：

身心障礙者輔具費用補助項目	長照輔具及居家無障礙環境改善服務給付項目	對應原則	使用理由
<input type="checkbox"/> 項次 1 推車-一般型	無此給付項目	無對應原則	
<input type="checkbox"/> 項次 2 推車-荷重型			
<input type="checkbox"/> 項次 3 推車-擺位型			
<input type="checkbox"/> 項次 4 輪椅-非輕量化量產型 <input type="checkbox"/> 項次 5 輪椅-輕量化量產型 <input type="checkbox"/> 項次 6 輪椅-客製型	<input type="checkbox"/> EC01 輪椅-A 款(非輕量化量產型) <input type="checkbox"/> EC02 輪椅-B 款(輕量化量產型) <input type="checkbox"/> EC03 輪椅-C 款(量身訂製型)	1. 「4、5、6、7、8、9、10、11」與「EC01、EC02、EC03、EC04、EC05、EC06」於最低使用年限內不可重複補助 2. 「7、8、9」限配搭「4、5或6」申請 3. 「EC04、EC05、EC06」限配搭「EC01、EC02或EC03」申請	
<input type="checkbox"/> 項次 7 輪椅附加功能-具利於移位功能(無法以下肢承重轉位者，得申請此項，不受第七類障礙等級重度以上之限制)	<input type="checkbox"/> EC04 輪椅附加功能-A 款(具利於移位功能)		
<input type="checkbox"/> 項次 8 輪椅附加功能-具仰躺功能	<input type="checkbox"/> EC05 輪椅附加功能-B 款(具仰躺功能)		
<input type="checkbox"/> 項次 9 輪椅附加功能-具空中傾倒功能	<input type="checkbox"/> EC06 輪椅附加功能-C 款(具空中傾倒功能)		
<input type="checkbox"/> 項次 10 高活動型輪椅-基礎型	無此給付項目		
<input type="checkbox"/> 項次 11 高活動型輪椅-進階型			
<input type="checkbox"/> 項次 12 手推圈啟動型動力輔助輪椅	無此給付項目	無對應原則	
<input type="checkbox"/> 項次 13 輪椅配件-後推式介護型動力套件	無此給付項目	無對應原則	
項次 31 行動輔具附加功能-完成搭配機動車輛使用之衝擊測試	無此給付項目	無對應原則	

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：_____

五、規格配置建議【推車之使用者免填輪椅移動系統、輪椅配件-後推式介護型動力套件之使用者免填座椅系統與擺位配件】

類 型	<input type="checkbox"/> 推車： <input type="checkbox"/> 基礎型 <input type="checkbox"/> 荷重型 <input type="checkbox"/> 擺位型 <input type="checkbox"/> 輪椅： <input type="checkbox"/> 非輕量化量產型 <input type="checkbox"/> 輕量化量產型 <input type="checkbox"/> 客製型 <input type="checkbox"/> 輪椅附加功能： <input type="checkbox"/> 具利於移位功能 <input type="checkbox"/> 具仰躺功能 <input type="checkbox"/> 具空中傾倒功能 <input type="checkbox"/> 高活動型輪椅： <input type="checkbox"/> 基礎型 <input type="checkbox"/> 進階型 <input type="checkbox"/> 手推圈啟動型動力輔助輪椅 <input type="checkbox"/> 輪椅配件-後推式介護型動力套件		
	操作者： <input type="checkbox"/> 完全由照顧者操作 <input type="checkbox"/> 主要由照顧者操作，個案偶會操作 <input type="checkbox"/> 個案獨立操作		
輪 椅 移 動 系 統	骨架形式： <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 折合式		
	前輪： <input type="checkbox"/> 硬膠胎 <input type="checkbox"/> 免充氣胎 <input type="checkbox"/> 充氣胎		前輪加裝避震器： <input type="checkbox"/> 建議 <input type="checkbox"/> 不建議
	後輪軸心： <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 快拆 <input type="checkbox"/> 外展角度：_____度		<input type="checkbox"/> 後輪配置手推圈啟動型動力輔助系統(PAPAW)
	位置： <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 後置 <input type="checkbox"/> 前置：_____公分， <input type="checkbox"/> 可前後/高度調整		
	後輪輪胎材質： <input type="checkbox"/> 實心胎 <input type="checkbox"/> 免充氣胎 <input type="checkbox"/> 低壓充氣胎 <input type="checkbox"/> 高壓充氣胎 建議胎寬：_____英吋		
	手推圈形式： <input type="checkbox"/> 無需求 <input type="checkbox"/> 金屬推圈 <input type="checkbox"/> 塑膠推圈 <input type="checkbox"/> 披覆止滑材質 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
座 椅 系 統	減速裝置： <input type="checkbox"/> 無需求 <input type="checkbox"/> 鼓式煞車 <input type="checkbox"/> 夾式煞車		
	駐輪裝置： <input type="checkbox"/> 前推式駐輪 <input type="checkbox"/> 後拉式駐輪 <input type="checkbox"/> 剪式駐輪 <input type="checkbox"/> 照顧者駐輪介面(踏式/握把式)		
	其他裝置： <input type="checkbox"/> 單向轉動之切換裝置(ramp retarder) <input type="checkbox"/> 後推式介護型動力套件		
	椅面	<input type="checkbox"/> 布質 <input type="checkbox"/> 平面式座板 <input type="checkbox"/> 楔形座板 <input type="checkbox"/> 使用沉入式座板，建議沉入量：_____公分 <input type="checkbox"/> 建議使用輪椅座墊(如需申請，請另檢附16號評估報告)，未乘坐時總厚度：_____公分	
	椅背	<input type="checkbox"/> 一般布質 <input type="checkbox"/> 輪椅背靠 <input type="checkbox"/> 加裝輪椅擺位架(如非一般布質，請另檢附3號評估報告)	
	扶手	<input type="checkbox"/> 無需求 <input type="checkbox"/> 全長式 <input type="checkbox"/> 近桌型	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 後掀式 <input type="checkbox"/> 全拆式 <input type="checkbox"/> 高度可調整
頭靠	<input type="checkbox"/> 無需求 <input type="checkbox"/> 簡易頭枕 <input type="checkbox"/> 頭靠系統(如需申請，請另檢附3號評估報告)		
腿靠	形式： <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 可旋開式 <input type="checkbox"/> 可拆卸式 <input type="checkbox"/> 角度可抬高 <input type="checkbox"/> 截肢式 配件： <input type="checkbox"/> 小腿靠墊 <input type="checkbox"/> 小腿靠帶 其他改裝：_____		
踏板	形式： <input type="checkbox"/> 單片式 <input type="checkbox"/> 兩片式 <input type="checkbox"/> 旋轉式 配件： <input type="checkbox"/> 腳跟帶 <input type="checkbox"/> 腳掌帶 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	(A)座背夾角：_____度		(B)腿靠角度：_____度
	(C)座寬：_____		(D)座深：_____
	(E)腿靠長度：_____		(F)椅背高：_____
	(H)扶手高度：_____		(K)座面高：_____
	(L)後輪： <input type="checkbox"/> 介護輪 <input type="checkbox"/> 自推輪		(M)前輪尺寸：_____
右欄座椅長度單位為： <input type="checkbox"/> 公分 <input type="checkbox"/> 英吋			
<input type="checkbox"/> 建議座面高度(高活動型輪椅必填)：前座高(FSH)_____公分，後座高(RSH)_____公分			
擺 位 配 件	固 定 帶	<input type="checkbox"/> 骨盆帶： <input type="checkbox"/> 兩節式黏扣帶 <input type="checkbox"/> 彈扣式織帶(<input type="checkbox"/> 二點式 <input type="checkbox"/> 三點式 <input type="checkbox"/> 四點式) <input type="checkbox"/> 加裝襯墊/套 <input type="checkbox"/> 軀幹固定帶： <input type="checkbox"/> 一字型 <input type="checkbox"/> H型 <input type="checkbox"/> 夾克/背心型 <input type="checkbox"/> 五點式彈扣織帶(與骨盆帶整合) <input type="checkbox"/> 大腿環帶 <input type="checkbox"/> 小腿綁帶 <input type="checkbox"/> 腳掌綁帶 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	輪椅擺位架：	<input type="checkbox"/> 軀幹側支撐架 <input type="checkbox"/> 臀側支撐架 <input type="checkbox"/> 內收鞍板 <input type="checkbox"/> 分腿器 <input type="checkbox"/> 膝前擋板	
其他配件： <input type="checkbox"/> 桌板 <input type="checkbox"/> 防傾桿 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
<input type="checkbox"/> 建議選用通過衝擊測試之輪椅結構(補助項次31)			

建議於取得輔具後，與輔具中心預約免費的適配服務，可協助確認購買輔具符合使用需求，聯絡方式：_____

其他建議：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印