

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：2

輔具項目名稱：電動輪椅及相關配件、電動代步車

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：_____ 需夜間外出，頻率：_____
- 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
 - 需在狹窄的環境迴轉 經常使用電梯，梯廂尺寸(深×寬)=_____公分 × _____公分
- 預估每日需要以電動輪椅行進的距離：<3公里 3~10公里 10~20公里 >20公里
- 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
- 人力支持情況：無 偶有協助人力 經常有照顧者陪同 有時需要協助者代為駕駛
- 適當的停放/充電處所：無 有適當的停放處，但需將電池抽離充電 有適當的處所
- 需要搭配使用的步行輔具：無 單點手杖 前臂拐 腋下拐 四腳拐 助行器
- 帶輪型助步車 其他：_____
- 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：非輕量化量產型輪椅 輕量化量產型輪椅 客製型輪椅 高活動型輪椅
手推圈啟動型動力輔助輪椅 電動輪椅 電動代步車
 - 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)：

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 心肺功能疾病 肝腎疾病 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(申請電動代步車者，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
	髖部	<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(有可能造成使用風險)	
視知覺能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差(有可能造成使用風險)	
情緒管理	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差(有可能造成使用風險)	
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
最有效執行輔具操作的肢體部位 (可複選組合)	1. 有效粗動作控制能力： <input type="checkbox"/> 無 上肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側；部位： <input type="checkbox"/> 手腕或手掌 <input type="checkbox"/> 肩或肘 下肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側；部位： <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腿或膝 2. 有效精細動作控制能力： 上肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側；部位： <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 手腕或手掌 下肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側；部位： <input type="checkbox"/> 腳趾 <input type="checkbox"/> 腳掌 頭頸部位： <input type="checkbox"/> 下巴 <input type="checkbox"/> 頭部動作 <input type="checkbox"/> 嘴唇 <input type="checkbox"/> 眼球動作 3. <input type="checkbox"/> 其他部位：_____
進出輔具時的移位方式：	
<input type="checkbox"/> 站立移位並可跨上小階 <input type="checkbox"/> 站立移位但無法跨上小階 <input type="checkbox"/> 獨立坐姿橫向移位 <input type="checkbox"/> 完全依賴他人協助	
個案自行操作電動輪椅/電動代步車之技巧：	
1. 在合理時間內開啟/關閉電源開關 <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. 依指令執行前進、後退、轉向及停止 <input type="checkbox"/> 獨立完成 <input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒 <input type="checkbox"/> 無法執行 3. 無障礙坡道上駕駛上坡、轉向及停止 <input type="checkbox"/> 獨立完成 <input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒 <input type="checkbox"/> 無法執行 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"/> 可訓練或需提醒 <input type="checkbox"/> 無法執行 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"/> 可訓練或需提醒 <input type="checkbox"/> 無法執行 6. 在直徑150公分的範圍內完成直接迴轉 <input type="checkbox"/> 獨立完成 <input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒 <input type="checkbox"/> 無法執行 7. 以分段方式，完成狹小空間中的迴轉 <input type="checkbox"/> 獨立完成 <input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒 <input type="checkbox"/> 無法執行 8. 在吵雜的環境能專注操作不分心 <input type="checkbox"/> 獨立完成 <input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒 <input type="checkbox"/> 無法執行 9. 能注意別人及自身的安全 <input type="checkbox"/> 隨時注意 <input type="checkbox"/> 偶爾需要他人提醒 <input type="checkbox"/> 隨時需要他人提醒	
說明：_____	

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：

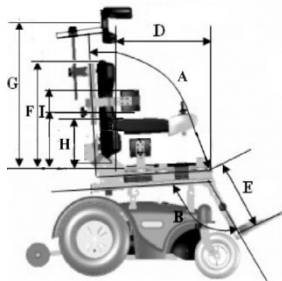
身心障礙者輔具費用補助項目	長照輔具及居家無障礙環境改善服務給付項目	對應原則	使用理由
<input type="checkbox"/> 項次 14 電動輪椅-基礎型	<input type="checkbox"/> EC11 電動輪椅	1. 「14、15、16、17、18、19、20、21」與「EC11」於最低使用年限內不可重複補助 2. 「16、17、18、19、20、21」限配搭「14 或 15」申請	
<input type="checkbox"/> 項次 15 電動輪椅-進階型			
<input type="checkbox"/> 項次 16 電動輪椅配件-沙發型座椅			
<input type="checkbox"/> 項次 17 電動輪椅配件-擺位型椅架			
<input type="checkbox"/> 項次 18 電動輪椅配件-電動變換姿勢功能 (<input type="checkbox"/> 空中傾倒 <input type="checkbox"/> 仰躺 <input type="checkbox"/> 升降 <input type="checkbox"/> 站立)			
<input type="checkbox"/> 項次 19 電動輪椅配件-特殊規格控制器			
<input type="checkbox"/> 項次 20 電動輪椅配件-新車內建鋰系電池			
<input type="checkbox"/> 項次 21 電動輪椅配件-控制器操作位置調整			
<input type="checkbox"/> 項次 30 電動代步車	<input type="checkbox"/> EC12 電動代步車	「30」與「EC12」於最低使用年限內不可重複補助	
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

類 型	<input type="checkbox"/> 電動輪椅-基礎型 <input type="checkbox"/> 電動輪椅-進階型	<input type="checkbox"/> 配置鋰系電池	
	電動輪椅驅動輪位置： <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 後	操作者： <input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 個案與照顧者皆要	
座 椅 系 統	<input type="checkbox"/> 帆布型座椅(sling seat) <input type="checkbox"/> 沙發型座椅(captain seat) <input type="checkbox"/> 擺位型座椅(rehabilitation seat)		
	<input type="checkbox"/> 加裝電動姿勢變換功能(可複選，至多補助 2 項功能)： <input type="checkbox"/> 後躺 <input type="checkbox"/> 空中傾倒 <input type="checkbox"/> 抬腿 <input type="checkbox"/> 站立 <input type="checkbox"/> 升降 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
		(A)座背靠夾角：_____度	(B)腿靠角度：_____度
		(C)座寬(座墊寬度或扶手間距)：_____	(D)座深：_____
		(E)腿靠長度：_____	(F)椅背高度：_____
		(G)頭靠高度：_____	(H)扶手高度：_____
(I)軀幹側支撐高度：左_____~_____ 右_____~_____			
※以上座椅長度單位為： <input type="checkbox"/> 公分 <input type="checkbox"/> 英吋			
腿靠： <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 可內外旋或拆卸 <input type="checkbox"/> 可上抬；支撐方式： <input type="checkbox"/> 小腿靠墊 <input type="checkbox"/> 小腿靠帶 踏板形式： <input type="checkbox"/> 單片式 <input type="checkbox"/> 兩片式			
電 動 輪 椅 配 件	<input type="checkbox"/> 輪椅擺位系統(可複選，如需申請，請另檢附 3 號評估報告)： <input type="checkbox"/> 平面背靠 <input type="checkbox"/> 曲面適形背靠 <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 <input type="checkbox"/> 頭靠系統 <input type="checkbox"/> 身體固定帶： <input type="checkbox"/> 骨盆帶 <input type="checkbox"/> 大腿環帶 <input type="checkbox"/> 小腿綁帶 <input type="checkbox"/> 腳掌綁帶 <input type="checkbox"/> 軀幹帶，類型_____		
	其他配件： <input type="checkbox"/> 加裝前後燈具 <input type="checkbox"/> 加裝桌板 <input type="checkbox"/> 加裝拐杖筒 <input type="checkbox"/> 其他加裝配件：_____		
控 制 器 及 人 機 介 面	電動輪椅輸入裝置的身體部位與方式： 1. 上肢 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右；操作方式： <input type="checkbox"/> 手指抓握移動 <input type="checkbox"/> 手腕或手掌移動 <input type="checkbox"/> 肩或肘按壓開關 2. 下肢 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右；操作方式： <input type="checkbox"/> 腳趾抓握移動 <input type="checkbox"/> 腳掌踩踏移動 <input type="checkbox"/> 腿或膝按壓開關 3. 頭頸部位： <input type="checkbox"/> 下巴往各方向移動 <input type="checkbox"/> 以頭輕敲特殊開關 <input type="checkbox"/> 以嘴吹吸氣 <input type="checkbox"/> 眼球動作 4. <input type="checkbox"/> 其他部位與控制方式：_____		
	<input type="checkbox"/> 比例式輸入系統： <input type="checkbox"/> 傳統搖桿 <input type="checkbox"/> 加裝介護控(attendant control) <input type="checkbox"/> 改裝搖桿頭：_____型 <input type="checkbox"/> 特殊規格之搖桿組(<input type="checkbox"/> 微型搖桿 <input type="checkbox"/> 耐衝擊搖桿)	<input type="checkbox"/> 非比例式控制系統 <input type="checkbox"/> 吹吸控制 <input type="checkbox"/> 多按鍵控制 <input type="checkbox"/> 眼動控制 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	控制器程式規劃： <input type="checkbox"/> 緩和模式 <input type="checkbox"/> 動能模式 <input type="checkbox"/> 手震顫模式 <input type="checkbox"/> 需重新定義搖桿行程(joystick throw)		
	<input type="checkbox"/> 控制器操作位置調整，建議調整至：_____		
電 動 代 步 車	座椅： <input type="checkbox"/> 帆布型座椅(sling seat) <input type="checkbox"/> 沙發型座椅(captain seat)		
	配件： <input type="checkbox"/> 加裝前後燈具 <input type="checkbox"/> 加裝拐杖筒 <input type="checkbox"/> 其他加裝配件：_____		
	操作介面：利用 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 上肢轉動龍頭、同側手指或手掌操作油門撥桿		
<input type="checkbox"/> 建議選用通過衝擊測試之輪椅結構(補助項次31)			
<input type="checkbox"/> 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