

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：07

輔具項目名稱：視覺及相關輔具

一、基本資料

1. 姓名：_____	2. 性別： ☐ 男 ☐ 女
3. 國民身分證統一編號：_____	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

- 使用目的與活動需求(可複選)：☐日常生活 ☐醫療 ☐就學 ☐就業 ☐休閒與運動
- 輔具使用環境(可複選)：☐居家 ☐學校 ☐社區 ☐職場
- 輔具使用情境(可複選)：☐短訊息閱讀 ☐長時間閱讀 ☐資料蒐集 ☐筆記或記錄
☐特定物件辨識 ☐閱讀新聞 ☐一般溝通 ☐其他：_____
- 目前已使用視覺及相關輔具種類(可複選)：☐視障用白手杖 ☐收錄音機或隨身聽-A款(一般型)
☐收錄音機或隨身聽-B款(數位型) ☐視障用點字手錶 ☐視障用語音報時器 ☐特製眼鏡 ☐包覆式濾光眼鏡 ☐手持望遠眼鏡 ☐放大鏡 ☐點字板 ☐點字機(打字機) ☐點字觸摸顯示器-A款 ☐點字觸摸顯

☐ 示器-B 款 ☐ 可攜式擴視機-A 款 ☐ 可攜式擴視機-B 款
☐ 桌上型擴視機-A 款 ☐ 桌上型擴視機-B 款 ☐ 視障用螢幕報讀軟體-A 款 ☐ 視障用螢幕報讀軟體-B 款
☐ 視障用螢幕報讀軟體-C 款 ☐ 視障用視訊放大軟體
☐ 語音手機 ☐ 其他 _____

5. 此次申請的視覺輔具 1：_____【尚未使用者免填以下(1)~(4)】

- (1) 已使用：_____年_____月 ☐ 使用年限不明
- (2) 廠牌規格型號：_____
- (3) 輔具來源：☐ 自購 ☐ 社政 ☐ 教育 ☐ 勞政 ☐ 其他：_____
- (4) 目前使用情形：
- ☐ 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，但需要另行購置一部於不同場所使用
- ☐ 其他：_____

此次申請的視覺輔具 2：_____【尚未使用者免填以下(1)~(4)】

- (1) 已使用：_____年_____月 ☐ 使用年限不明
- (2) 廠牌規格型號：_____
- (3) 輔具來源：☐ 自購 ☐ 社政 ☐ 教育 ☐ 勞政 ☐ 其他：_____
- (4) 目前使用情形：
- ☐ 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，但需要另行購置一部於不同場所使用
- ☐ 其他：_____

6. 身體功能與構造：

(1) 過去相關診斷：

- ☐ 白內障(術前、後) ☐ 青光眼 ☐ 黃斑部病變 ☐ 老年性黃斑部病變 ☐ 視神經萎縮
☐ 視網膜色素變性 ☐ 視網膜剝離 ☐ 糖尿病視網膜病變 ☐ 白化症 ☐ 弱視
☐ 葡萄膜炎 ☐ 外傷 ☐ 中風 ☐ 腦性麻痺或發展遲緩 ☐ 大腦視覺損傷
☐ 其他說明：_____

(2) 視覺能力與摸讀能力：

補助項目	必備條件及應檢附附件
點字機(打字機)	本評估報告書
點字觸摸顯示器	1. 6 歲以上 2. 個人電腦基本配備 3. 本評估報告書 4. 附件二點字摸讀評估表
特製眼鏡	1. 本評估報告書 2. 附件三驗光報告表
包覆式濾光眼鏡	1. 本評估報告書 2. 附件一功能性視覺評估表

補助項目	必備條件及應檢附表件
	3. 附件三驗光報告表 ※
手持望遠鏡	1. 8 倍以上需試用 2. 本評估報告書 3. 附件一功能性視覺評估表 4. 附件三驗光報告表 ※
放大鏡	1. 本評估報告書 2. 附件一功能性視覺評估表 3. 附件三驗光報告表 ※
擴視機	1. 視力具備指數視力(CF-15 公分) 2. 附件一功能性視覺評估表 3. 附件三驗光報告表 ※
視障用視訊放大軟體	1. 6 歲以上 2. 個人電腦基本配備 3. 本評估報告書 4. 視力具備指數視力(CF-15 公分) 5. 附件一功能性視覺評估表 6. 附件三驗光報告表 ※
視障用螢幕報讀軟體	1. 6 歲以上 2. 個人電腦基本配備 3. 本評估報告書
語音手機	本評估報告書

※首次申請視覺輔具(包覆式濾光眼鏡、手持望遠鏡、放大鏡、擴視機或視障用視訊放大軟體之任一項)或近半年視力有明顯變化者，需檢附「附件三驗光報告表」。

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

- ☐點字機(打字機)之功用：☐讀寫訓練 ☐訊息記錄 ☐標籤記號 ☐文書溝通 ☐其他：_____
- ☐點字觸摸顯示器 A 款：20 方以上且 8 點顯示、可支援 1 種以上視窗版中英文視障用電腦報讀軟體
- ☐點字觸摸顯示器 B 款：含 A 款所有功能及規格，且總重量 2 公斤以下
- ☐特製眼鏡之功用：☐近用 ☐中距離 ☐遠用 ☐戶外 ☐室內 ☐其他：_____
- 內容：☐屈光矯正 ☐斜視矯正 ☐放大(☐遠 ☐中 ☐近) ☐延伸視野 ☐防眩光
☐增強對比 ☐其他：_____
- ☐包覆式濾光眼鏡：☐包覆式(☐室內，顏色：____色，☐戶外，顏色：____色，☐閱讀，顏色：____色，☐其他：____，顏色：____色)
- ☐手持望遠鏡：超過 8 倍者需進行以下試用
☐試用規格__×__mm，(_____)
- ☐放大鏡：同時載明倍率與屈光度、非球面鏡片、倍率應高於 2 倍及屈光度高於 8
☐文鎮式：__×__D，或__×__mm

- ☐ 口袋型：__×__D
- ☐ 手持式：__×__D
- ☐ 站立式：__×__D
- ☐ 手持照明：__×__D
- ☐ 站立式照明：__×__D
- ☐ 其他：_____

☐ 可攜式擴視機 A 款：螢幕尺寸 2.8 英吋以上、色彩模式 3 組(黑白、負片、彩色模式)以上、支援放大與縮小功能且倍率為 6 倍以上者

☐ 可攜式擴視機 B 款：螢幕尺寸 3.5 英吋以上、色彩模式 3 組(黑白、負片、彩色模式)以上、支援放大與縮小功能且倍率為 6 倍以上，經評估所需以下其他功能配備 3 項以上者

- ☐ 亮度調整 ☐ 對比調整 ☐ 望遠 ☐ 記憶或儲存畫面 ☐ 6.5 吋以上螢幕
- ☐ 觸控螢幕 ☐ 螢幕角度調整 ☐ 連接電腦或電視 ☐ 書寫支架或把手

☐ 桌上型擴視機 A 款：色彩模式 3 組以上、支援放大與縮小功能且倍率在 30 倍以上、可自動對焦或可切換手動對焦者

☐ 桌上型擴視機 B 款：色彩模式 5 組(如增加藍黃、黑黃或其他組合)以上、支援放大與縮小功能且倍率在 40 倍以上、可自動對焦及可切換自動手動對焦，經評估所需以下其他功能配備 5 項以上者

- ☐ 亮度調整 ☐ 對比調整 ☐ 望遠 ☐ 記憶 ☐ 儲存 ☐ 托盤 ☐ 導引線
- ☐ 定位指示 ☐ 焦距鎖定 ☐ 可旋轉鏡頭 ☐ 一體成型且螢幕可調整
- ☐ 與電腦畫面分割

☐ 視障用視訊放大軟體：至少 6 倍以上之螢幕放大功能、滑鼠指標及文字編輯游標具多種放大提示調整之選擇、螢幕顯示色相可作多模式切換(含高反差、對比色、十字導引、平滑字形等)放大顯示視窗可選擇分割視窗、全螢幕顯示或區塊顯示

☐ 視障用螢幕報讀軟體 A 款：具備中英文語音報讀功能、支援字形字義解釋功能、可使用無字天書輸入法、具朗讀點字檔案功能、可支援點字觸摸顯示器

☐ 視障用螢幕報讀軟體 B 款：具備中英文語音報讀功能、支援多語音方案朗讀功能、支援字形字義前後解釋詞彙功能、具模擬滑鼠座標導引功能、可支援觸摸點字顯示器

☐ 視障用螢幕報讀軟體 C 款：具備中英文語音報讀功能、支援圖形標記功能、完整支援 office 系列軟體、具備閱讀 PDF 檔案功能、可支援觸摸點字顯示器

☐ 語音手機：具各層選單之語音報讀、文字簡訊播報、開關機聲音或震動提示、語音播報通訊錄內容及來電號碼等功能

☐ 其他電腦相關軟硬體或建議：_____

☐ 其他：_____

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. 其他建議事項：

☐ 轉介眼科醫師做眼科特定項目檢查或治療，說明：_____

- ☐ 視覺功能訓練，說明：_____
- ☐ 居家、職場環境改善建議，說明：_____
- ☐ 轉介生活重建服務，說明：_____
- ☐ 其他，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】

視覺輔具之建議：

- ☐ 建議使用，補充說明：_____
- ☐ 點字機(打字機)(項次：52)
- ☐ 點字觸摸顯示器-A 款(項次：53)
- ☐ 點字觸摸顯示器-B 款(項次：54)
- ☐ 特製眼鏡(項次：47)
- ☐ 包覆式濾光眼鏡(項次：48)
- ☐ 手持望遠鏡(項次：49)
- ☐ 放大鏡(項次：50)
- ☐ 可攜式擴視機-A 款(項次：55)
- ☐ 可攜式擴視機-B 款(項次：56)
- ☐ 桌上型擴視機-A 款(項次：57)
- ☐ 桌上型擴視機-B 款(項次：58)
- ☐ 視障用視訊放大軟體(項次：62)
- ☐ 視障用螢幕報讀軟體-A 款(項次：59)
- ☐ 視障用螢幕報讀軟體-B 款(項次：60)
- ☐ 視障用螢幕報讀軟體-C 款(項次：61)
- ☐ 語音手機(項次：63)
- ☐ 不建議使用，理由：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印