

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：10

輔具項目名稱：人工講話器

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 ☐其他：_____
- 最需要之溝通表達內容(可複選)：☐基本需求 ☐資訊分享 ☐建立關係 ☐社交禮儀 ☐自我溝通
☐課業學習 ☐工作需求 ☐醫療服務 ☐社區應用
☐其他：_____
- 目前使用的人工講話器：
(1)☐一般型(氣動式)人工講話器(已使用：_____年_____月 ☐使用年限不明)

(使用效能滿意度: ☐很好 ☐尚可 ☐不佳_____)

☐電子型(電動式)人工講話器(已使用: _____年_____月 ☐使用年限不明)

(使用效能滿意度: ☐很好 ☐尚可 ☐不佳_____)

☐其他_____ (已使用: _____年_____月 ☐使用年限不明)

(2)輔具來源: ☐自購 ☐社政 ☐教育 ☐勞政 ☐其他: _____

(3)目前使用情形: ☐已損壞不堪修復, 需更新

☐原輔具使用的溝通效能不佳

☐尚可使用, 但想嘗試另一種人工講話輔具

☐其他: _____

5. 健康狀況:

(1)與輔具使用之相關診斷(可複選): ☐喉頭頸癌(_____) ☐呼吸障礙(氣切、使用氧氣機、使用呼吸器、_____) ☐其他: _____

(2)曾接受過的治療(可複選):

☐手術治療(主手術開刀日期: _____):

☐全喉切除

☐咽切除(全、部分)

☐食道切除(全、部分)

☐舌切除(全、部分)

☐頸部淋巴廓清術: ☐左側 ☐右側

☐放射治療 ☐化學治療 ☐其他: _____

(3)目前或曾經罹患下列疾病: ☐無 ☐中風 ☐巴金森氏症 ☐腦外傷 ☐運動神經元疾病

☐肌肉萎縮症 ☐失智症 ☐其他: _____

(4)感官功能:

視知覺: ☐正常

☐異常: ☐有戴眼鏡效能佳

☐有戴眼鏡效能不佳

☐未戴眼鏡

聽知覺: ☐正常

☐異常: ☐有使用輔具(助聽器、人工電子耳)效能佳

☐有使用輔具(助聽器、人工電子耳)效能不佳

☐無輔具

(5)呼吸功能: ☐正常 ☐氣管造口太小, 呼吸不順暢 ☐功能不佳, 需相關輔具輔助呼吸

(6)頸部肌肉組織: ☐柔軟度尚可 ☐僵硬, 柔軟度不佳 ☐肥厚 ☐疤痕 ☐其他: _____

(7)生活自理及氣管造口清潔照護能力:

☐可完全自理

☐需協助(☐需少部分協助 ☐大部分需協助 ☐完全需協助)

目前主要協助者: _____ 與個案關係: _____

年齡: _____

是否能協助個案使用此輔具: ☐是 ☐否

6. 口腔構造與功能:

(1)口腔—顏面構造

臉部：☐完整 ☐缺損 下頰：☐完整 ☐缺損
齒列：☐完整 ☐缺損 舌頭：☐完整 ☐缺損
硬顎：☐完整 ☐缺損 軟顎：☐完整 ☐缺損

(2)口腔-動作與功能

雙唇：☐會連續發一ㄣ ☐可執行kiss動作 ☐閉合不好
舌頭：☐會靈活轉動 ☐能移動但有限制 ☐無法移動
下頰：☐動作協調、正確咀嚼 ☐只能上下動咀嚼 ☐開閉緩慢 ☐張口困難(<35mm)
顎咽閉鎖功能：☐軟顎上提佳 ☐軟顎上提有限制 ☐軟顎無法上提
口水控制：☐控制良好 ☐有時流口水 ☐經常流口水

7. 語言溝通能力

(1)日常語言理解及表達能力：

理解及表達自己的基本資料(回答本評估報告書的第一部分)：☐自己獨力完成 ☐需部份協助 ☐大部分需要他人協助

回應日常一般對談：☐自己獨力完成 ☐需部份協助 ☐大部分需要他人協助

(2)目前的溝通方式(請依使用率排出順序1、2、3，1代表最常使用的方式)：

☐筆談 ☐一般型(氣動式)人工講話器 ☐電子型(電動式)人工講話器 ☐食道語/氣管食道語
☐肢體動作表情

8. 人工講話器操作使用能力(未使用人工講話器者免填)

(1)一般型(氣動式)人工講話器：☐可自己完成操作 ☐需部份協助，學習效果佳
☐操作不佳，須很多協助

使用效能：☐很好 ☐尚可 ☐不佳，說明：_____

(2)電子型(電動式)人工講話器：☐可自己完成操作 ☐需部份協助，學習效果佳
☐操作不佳，須很多協助

使用效能：☐很好 ☐尚可 ☐不佳，說明：_____

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置

溝通輔具分類		溝通輔具類別	建議之溝通輔具產品	補助相關規定
☐	人工講話器	人工講話器- 一般型(氣動式)	☐ 一般型(氣動式)人工講話器	一般型(氣動式)及電子型 (電動式)僅擇一申請
		人工講話器- 電子型(電動式)	☐ 電子型(電動式)人工講話器	
☐	其他特殊 需求	☐ 一般型(氣動式)人工講話器與氣管造口貼合的軟墊需修整 ☐ 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：_____

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】

人工講話器之建議：

☐建議使用，補充說明：_____

☐一般型(氣動式)人工講話器

☐電子型(電動式)人工講話器

☐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