

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：**15**

輔具項目名稱：**站立架及傾斜床**

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)：☐家中 ☐學校 ☐社區 ☐職場
- 目前使用的站立架或傾斜床：
 - (1)已使用： 年 月(尚未使用者免填) ☐使用年限不明
 - (2)現有站立架或傾斜床種類：☐前臥式站立架 ☐直立式站立架 ☐後仰式站立架 ☐傾斜床
 - (3)輔具來源：☐自購 ☐社政 ☐勞政 ☐教育 ☐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，但需要另行購置一台於不同地點使用

☐部分損壞或需要調整，可進行修復或調整

☐輔具仍符合使用者現在之使用需求，無需購置

☐其他：_____

4. 身體功能與構造：

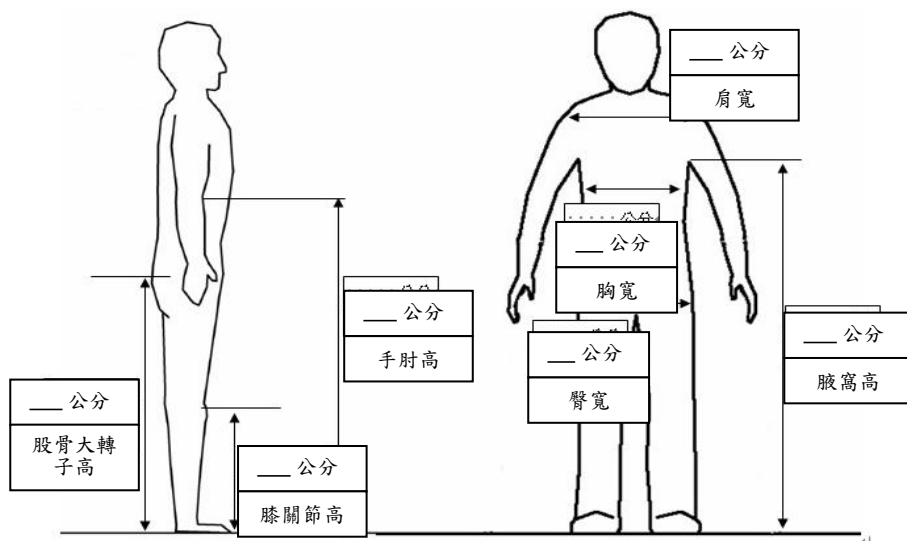
輔具使用之相關診斷(可複選)：

☐中風偏癱(左/右) ☐脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) ☐腦性麻痺或發展遲緩 ☐小兒麻痺

☐運動神經元疾病 ☐下肢骨折或截肢 ☐關節炎 ☐心肺功能疾病 ☐肌肉萎縮症 ☐腦外傷

☐其他：_____

身體尺寸量測：身高：___公分，體重：___公斤



坐姿平衡	☐ 良好 ☐ 雙手扶持尚可維持平衡 ☐ 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： ☐ 左側 ☐ 右側 ☐ 前方 ☐ 後方	
骨盆	☐ 正常 ☐ 向前/後傾 ☐ 向左/右傾斜 ☐ 向左/右旋轉	
脊柱	☐ 正常或無明顯變形 ☐ 脊柱側彎 ☐ 過度後凸(hyperkyphosis) ☐ 過度前凸(hyperlordosis) ☐ 其他變形：_____	
頭部控制	☐ 正常 ☐ 偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 ☐ 完全無法控制	
腕部	☐ 正常 ☐ 內收 ☐ 外展 ☐ 風吹式變形 ☐ 其他變形：_____	
膝部	☐ 正常 ☐ 屈曲變形 ☐ 伸直變形	
踝部	☐ 正常 ☐ 外翻變形 ☐ 蹠屈變形 ☐ 其他變形：_____	
其他攣縮	部位：_____ 對站姿擺位之影響：_____	
肌肉張力	頭、頸： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 軀幹： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 左上肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 右上肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 左下肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 右下肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張	

☐ 直立式站立架	相關配件： 1. ☐胸部側支撐墊：☐寬度可調整 ☐高度可獨立調整 2. ☐骨盆側支撐墊：☐寬度可調整 ☐高度可獨立調整 3. ☐兩側膝部支撐配件可獨立調整設計 4. ☐足部固定配件，形式：_____ 5. ☐桌板 6. ☐其他：_____ ※上述配件需至少提供 3 項 ※固定綁帶為必要之配件 底座設計： 1. ☐踏板高度限制：需小於_____cm(方便直接轉位站起) 2. ☐底座直接附輪方便移動 3. ☐附輪板方便搬移
---------------------------------	--

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、補助建議【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】

站立架與傾斜床之建議：

☐建議使用，補充說明：_____

☐前臥式站立架

☐後仰式站立架或傾斜床

☐直立式站立架

☐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

五、檢核與追蹤紀錄

1. 輔具採購結果是否符合原處方輔具：

☐完全符合

☐功能、形式與原處方符合，部分規格及零配件略有出入，但大致符合

☐功能、形式或規格與原處方有顯著差異，不符原處方精神

☐其他：_____

2. 修改、調整與使用訓練：

☐無須修改及調整

☐經修改調整後以符合使用需求

☐建議配合使用訓練以期能安全操作

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____

檢核單位用印