

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：09

輔具項目名稱：助聽器

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
☐其他：_____
- 輔具使用環境(可複選)：☐家中 ☐學校 ☐社區 ☐職場 ☐其他：_____
- 是否配戴過助聽器：☐無 ☐有(廠牌：_____, 機型：_____)
 - 已使用：_____年_____月(尚未有助聽器免填) ☐使用年限不明
 - 現有助聽器種類：☐口袋型 ☐耳掛型 ☐耳內型 ☐其他：_____
 - 輔具來源：☐自購 ☐社政 ☐教育 ☐勞政 ☐其他：_____
 - 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，但需要另行購置一款於不同場所使用

☐部分損壞或需要調整，可進行修復或調整

☐其他：_____

4. 配戴助聽器前之聽力評估：

(1) 純音聽力檢查結果

閾值/頻率 測 驗 耳	500 Hz				1,000 Hz				2,000 Hz				4,000 Hz			
	氣導	骨導	不舒適閾	動態範圍	氣導	骨導	不舒適閾	動態範圍	氣導	骨導	不舒適閾	動態範圍	氣導	骨導	不舒適閾	動態範圍
右耳																
左耳																
聲場																

※未施測之欄位填寫「DNT」或以斜線畫銷；無法施測之欄位填寫「CNT」；以儀器最大輸出施測仍無行為反應之欄位，填寫最大施測音量並加註「NR」文字。

※如任一頻率動態範圍(不舒適閾減去氣導閾值)不足 60 分貝，該耳建議選配 C 款助聽器。

如不舒適閾或氣導閾值無數值致無法計算動態範圍，則填寫「NA」文字或以斜線畫銷。

※無法分耳施測純音聽力檢查時，才併耳施以聲場純音聽力檢查。

右耳氣導純音閾值平均值：_____分貝(500Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

左耳氣導純音閾值平均值：_____分貝(500Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

聲場聽閾平均值：_____分貝(500Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

(2) 語音聽力檢查結果：(此項檢查視情況決定是否需評估)

	閾值(SRT)	最適音量(MCL)	最適音量之語音分變(SD)	其他
右耳	分貝	分貝	%	
左耳	分貝	分貝	%	
聲場	分貝	分貝	%	

※無法分耳施測語音聽力檢查時，才併耳施以聲場語音聽力檢查。

(3) 鼓室圖檢查結果：☐未檢查 ☐雙耳無顯著異常 ☐需轉介醫療處置

中耳炎病史：☐無 ☐有(☐右耳 ☐左耳)

(4) 電生理檢查結果：(此項檢查視情況決定是否需評估)

聽性腦幹反應檢查(ABR 閾值)					單位：分貝(dB nHL)
	寬頻音	500 Hz	1,000 Hz	2,000 Hz	4,000 Hz
右耳					
左耳					
骨導					
穩定誘發聽力檢查(ASSR/SSEP)					單位：分貝(dB eHL)
	500 Hz	1,000 Hz	2,000 Hz	4,000 Hz	
右耳					
左耳					

5. 聽力損失個案史：

發現聽損時間	☐ 0~2 歲 ☐ 2~5 歲 ☐ 5 歲以上
主要溝通模式	☐ 口語 ☐ 口手語 ☐ 手語 ☐ 筆談 ☐ 其他：_____

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

類型	☐ 助聽器 A 款(口袋型，6 歲以下不建議使用) ☐ 助聽器 B 款(類比式或手調數位式) ☐ 助聽器 C 款(數位式)
選配耳	☐ 雙耳選配(口袋型或骨傳導助聽器僅符合「一只」助聽器) ☐ 優先選配於右耳 ☐ 優先選配於左耳
搭配聽覺輔具	☐ 無相關建議 ☐ 無線音訊串流/遠端麥克風系統 ☐ 警示指示及信號裝置 ☐ 其他：_____

2. 是否需要接受使用訓練(6 歲以下必須接受使用訓練)：☐需要 ☐不需要

3. 是否需要安排追蹤時間(6 歲以下必須安排)：☐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】

各項檢查結果：_____ ☐一致 ☐不一致

助聽器之建議：

- ☐建議使用，補充說明：_____
- ☐助聽器-A 款(口袋型)(6 歲以下不建議使用)
- ☐助聽器-B 款(類比式或手調數位式)
- ☐助聽器-C 款(數位式)
- ☐不建議使用，原因：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 評估日期：_____

評估單位用印