

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：03

輔具項目名稱：擺位系統

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
- 目前使用的擺位系統：
 - (1)已使用： 年 月(尚未使用者免填) ☐使用年限不明
 - (2)現有擺位系統種類：☐平面型輪椅背靠 ☐曲面適形輪椅背靠 ☐軀幹側支撐架
☐頭靠系統 ☐其他：
 - (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，但需要另行購置於不同輪椅使用

☐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：

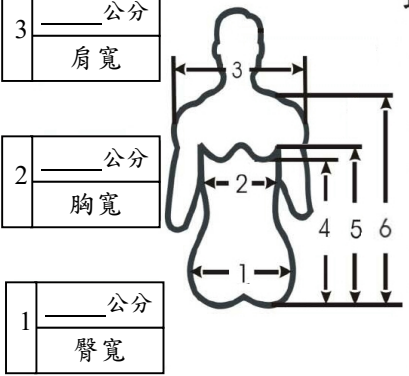
輔具使用之相關診斷(可複選)：

☐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

相關身體部位姿態	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	
	相關尺寸：	長度單位：cm  3 _____公分 肩寬 6 _____公分 肩高 2 _____公分 胸寬 5 _____公分 膝窩高 1 _____公分 臀寬 4 _____公分 肩胛下角高	
	7. 軀幹厚度：左_____公分，右_____公分	脊柱變形情形(可複選)： ☐ 正常或無明顯變形 ☐ 受重力作用時彎曲變形，但平躺時可回復 ☐ 脊柱側彎(scoliosis)： ☐ C 型 ☐ S 型，主要彎曲的角度_____度 主要彎曲凸向_____側，頂點在_____位置 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形 ☐ 過度後凸(hyperkyphosis) ☐ 過度前凸(hyperlordosis) ☐ 脊柱旋轉(vertebral rotation)	
		骨盆變形(可複選)： ☐ 正常 ☐ 向前/後傾斜 ☐ 向左/右傾斜 ☐ 向左/右旋轉	
軀幹控制能力	頭頸部控制： ☐ 良好 ☐ 不佳 ☐ 癱瘓 上背部控制： ☐ 良好 ☐ 不佳 ☐ 癱瘓 下背部控制： ☐ 良好 ☐ 不佳 ☐ 癱瘓 左側控制： ☐ 良好 ☐ 不佳 ☐ 癱瘓 右側控制： ☐ 良好 ☐ 不佳 ☐ 癱瘓		
上肢活動需求	☐ 需要推動輪椅 ☐ 需要控制搖桿 ☐ 經常需要伸到後方取物 ☐ 無明顯功能		
背墊操作能力	1. 移位時放置或移除背墊的能力： ☐ 可獨立完成 ☐ 需照顧者協助 2. 移除或設置軀幹側支撐的能力： ☐ 可獨立完成 ☐ 需照顧者協助 3. 扣緊或鬆開胸部固定帶的能力： ☐ 可獨立完成 ☐ 需照顧者協助		

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

☐ 背靠	1. 底板形式： ☐ 平面型硬式底板 ☐ 預先成形曲面硬式底板 2. 背墊材質： ☐ 一般平面泡棉背墊 ☐ 適形泡棉背墊 ☐ 充氣式背墊 ☐ 凝膠墊，種類：☐ 固態或顆粒凝膠 ☐ 流體凝膠(如 Jay) ☐ 填充式氣囊氣背座(如 VICAIR) ☐ 其他：_____ 3. 調整功能： ☐ 無調整功能 ☐ 可快速拆裝 ☐ 角度調整功能 ☐ 座深調整功能 ☐ 嵌入式吊掛系統 ☐ 其他：_____ 4. 尺寸： ※特殊功能裁切者，請於左上圖註記 5. 相關配件： ☐ 胸部固定帶：☐ 一字型胸帶 ☐ H 型胸帶 ☐ 其他形式：_____ ☐ 其他配件：_____ 6. 配合背墊使用之輪椅： ☐ 手動輪椅：☐ 介護型 ☐ 自推型 座椅姿勢或角度變換的減壓功能：☐ 無 ☐ 有 ☐ 電動輪椅； 座椅姿勢或角度變換的減壓功能：☐ 無 ☐ 手動操作 ☐ 電動操作 ※申請 A 款平面型輪椅背靠需含硬式底板及軟墊 ※申請 B 款曲面適形輪椅背靠應符合下列「所有」規範： (1) 適形硬式底板及適形軟墊 (2) 可快速拆裝設計 (3) 可調整深度或角度的嵌入式吊掛系統
-----------------------------	---

☐ 軀幹側支撐架	1. ☐ 雙側 ☐ 單側(☐ 左側/ ☐ 右側) 位置：左：離座墊高_____公分～_____公分；深度：_____公分 右：離座墊高_____公分～_____公分；深度：_____公分 2. 調整功能： ☐ 可調整左右位置 ☐ 可調整上下位置 ☐ 可調整深度 ☐ 可外掀 ☐ 可免工具拆除 ☐ 其他：_____ ※申請 C 款軀幹側支撐架需具有依身型調整功能
☐ 頭靠系統	1. 形式： ☐ 一字弧型 ☐ 四爪型 ☐ 門字型 ☐ 五片式 ☐ 其他：_____ 2. 調整功能： ☐ 可調整高度位置 ☐ 可調整前後位置 ☐ 可調整支撐面角度 ☐ 其他：_____ 3. 相關配件： ☐ 頭部綁帶 ☐ 前額支撐 ☐ 下巴支撐 ☐ 肩部支撐 ☐ 其他：_____ ※申請 D 款頭靠系統需具有可調整支撐高度、前後位置及角度之結構

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】

擺位系統之建議：

☐建議使用，補充說明：_____

(勾選項目僅擇一補助)

☐擺位系統-A 款(平面型輪椅背靠)

☐擺位系統-B 款(曲面適形輪椅背靠)

☐擺位系統-C 款(輪椅軀幹側支撐架)

☐擺位系統-D 款(輪椅頭靠系統)

☐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