

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：05

輔具項目名稱：步行輔具

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)：☐家中 ☐學校 ☐社區 ☐職場
- 目前使用的步行輔具：
 - (1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) ☐使用年限不明
 - (2)現有步行輔具種類：☐柺杖-不鏽鋼 ☐柺杖-鋁製 ☐助行器 ☐帶輪型助步車(助行椅)
☐姿勢控制型助行器 ☐軀幹前臂支撐型步態訓練器 ☐其他：_____
 - (3)輔具來源：☐自購 ☐社政 ☐勞政 ☐教育 ☐其他：_____

☐ 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：

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：

三管留置狀況：☐氣切管留置 ☐鼻胃管留置 ☐尿管留置 ☐其他：

身體尺寸量測：身高： 公分，體重： 公斤

站立手握持高度：公分(手肘彎曲 20 度，由手掌量至第五腳趾外 15 公分處)

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

關節活動度

左側			右側		
肩關節	☐ 正常	☐ 緊 ☐ 受限	肩關節	☐ 正常	☐ 緊 ☐ 受限
肘關節	☐ 正常	☐ 緊 ☐ 受限	肘關節	☐ 正常	☐ 緊 ☐ 受限
腕關節	☐ 正常	☐ 緊 ☐ 受限	腕關節	☐ 正常	☐ 緊 ☐ 受限

上肢動作控制

左上肢：☐正常 ☐尚可 ☐不正常協同動作 ☐不自主動作 ☐動幅障礙
☐其他：_____

右上肢：☐正常 ☐尚可 ☐不正常協同動作 ☐不自主動作 ☐動幅障礙
☐其他：_____

站姿平衡能力

1. 站起：☐不用手即可站起 ☐用手協助站起 ☐沒有協助無法站起
2. 站起前的嘗試次數：☐一次即站起 ☐超過一次才站起 ☐沒有協助無法站起
3. 站立起 5 秒內平衡：☐無需助行器或其他支撐仍穩固
☐需助行器或其他支撐才穩固
☐完全無法站立平衡
4. 站立平衡：☐窄底面無需支撐
☐寬底面(腳跟內側距離>10 公分)但不需其他支撐
☐寬底面(腳跟內側距離>10 公分)且需其他支撐
☐不穩

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

☐ 拐杖(☐ 單側/ ☐ 雙側)	1. 材質： ☐ 不鏽鋼材質 ☐ 鋁製材質 2. 類型： ☐ 一般手杖 ☐ 四腳手杖 ☐ 前臂拐杖～肘環上緣高度：_____公分 (站姿下由肘下 2.5 公分量至第五腳趾外 15 公分處) ☐ 腋下拐杖～腋下緣處高度：_____公分 (站姿下由腋下 5 公分量至第五腳趾外 15 公分處) ☐ 前臂平台拐杖～前臂平台高度：_____公分 (站姿下由手肘量至第五腳趾外 15 公分處)
☐ 助行器	1. 類型： ☐ 一般型 ☐ 助起型 ☐ 前臂平台助行器～前臂平台高度：_____公分 (站姿下由手肘量至第五腳趾外 15 公分處) 2. 功能配件： ☐ 前二支柱裝定向輪 ☐ 左右交替前進功能
☐ 帶輪型助步車(助行椅)	相關配件： ☐ 置物籃 ☐ 手杖架 ☐ 休憩時腳踏板 ※必備配件：手控煞車及煞車鎖定功能、臨時休憩座位功能
☐ 姿勢控制型助行器	須可調整為前推或後拉方式雙用，個案較常使用方式為； ☐ 較常前推使用 ☐ 較常後拉使用 1. 前輪 ☐ 定向型： ☐ 轉向、定向可控制型 ☐ 轉向角度範圍可控制型 ☐ 其他：_____ 2. 後輪/支柱 ☐ 使用固定支柱(一般拐杖頭) ☐ 一般定向輪： ☐ 單向只進不退輪 ☐ 阻力調整輪 ☐ 其他：_____ 3. 特殊配件： ☐ 骨盆側支撐墊 ☐ 骨盆懸吊帶或座墊 ☐ 前臂支撐配件～前臂平台高度：_____公分 (站姿下由手肘量至第五腳趾外 15 公分處) ☐ 其他：_____ *※申請此項輔具並須提供下列配件至少 2 項： (1)轉向角度範圍或轉向、定向可控制輪 (2)單向只進不退輪或阻力調整輪 (3)骨盆側支撐墊 (4)骨盆懸吊或座墊 (5)前臂支撐配件

☐ 軀幹前臂支撐型步態訓練器	軀幹支撐上緣高度：__公分(約為個案腋下高度減 5 公分) 前臂平台高度：__公分(站姿下由手肘量至第五腳趾外 15 公分處)
	1. 前輪 ☐ 一般型轉向輪 ☐ 轉向、定向可控制型 ☐ 轉向角度範圍可控制型 ☐ 單向只進不退輪 ☐ 阻力調整輪 ☐ 其他：_____

☐ 軀幹前臂支撐型步態訓練器	2. 後輪 ☐ 一般型定向輪 ☐ 一般型轉向輪 ☐ 轉向、定向可控制型 ☐ 轉向角度範圍可控制型 ☐ 單向只進不退輪 ☐ 阻力調整輪 ☐ 其他：_____
---------------------------------------	---

☐ 軀幹前臂支撐型步態訓練器	3. 特殊配件： ☐ 踝足分隔配件 ☐ 大腿分隔配件 ☐ 骨盆懸吊帶或座墊 ☐ 其他配件：_____
	※申請此項輔具並須提供下列配件至少 3 項： (1)轉向角度範圍或轉向、定向可控制輪。 (2)單向只進不退輪或阻力調整輪。 (3)踝足分隔配件 (4)大腿分隔配件。 (5)骨盆懸吊或座墊。

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】

步行輔具之建議：

☐建議使用，補充說明：_____

(勾選項目僅擇一補助)

☐單支拐杖-不鏽鋼 (☐單側/☐雙側)

☐單支拐杖-鋁製 (☐單側/☐雙側)

☐助行器

☐帶輪型助步車(助行椅)

☐姿勢控制型助行器

☐軀幹前臂支撐型步態訓練器

☐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

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