**輔具評估報告書(使用效益驗證)**

**輔具評估報告格式編號：25**

**輔具項目名稱：助聽器**

**一、基本資料**

|  |
| --- |
| 1.姓名： 2.身分證字號： 3.生日： 年 月 日4.聯絡人姓名： 與個案關係： 聯絡電話：5.戶籍地址：6.居住地址([ ] 同戶籍地)：7.聯絡(公文寄送)地址([ ] 同戶籍地 [ ] 同居住地)：8.是否領有身心障礙證明：[ ] 無[ ] 有9.身心障礙類別(可複選)：[ ] 第一類[ ] 第二類 [ ] 第三類 [ ] 第四類 [ ] 第五類 [ ] 第六類[ ] 第七類[ ] 第八類[ ] 其他： 10.身心障礙程度分級：[ ] 輕度 [ ] 中度 [ ] 重度 [ ] 極重度 |

**二、輔具資訊確認**

本次驗證：[ ] 右耳 [ ] 左耳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 廠牌 | 型號 | 序號 |
| 保固書載明資訊 | 右耳 |  |  |  |
| 左耳 |  |  |  |
| ※保固書載明序號與助聽器軟體調整報告標示序號應相符 |
| 保固有效期限(助聽器產品保固書正本或影本)： 年 月 日 |
| 助聽器調整日期(助聽器軟體【含App】調整報告正本或影本)： 年 月 日 |
| ※需提供完整文件才可進行驗證評估 |

**三、助聽器使用效益驗證**

1. 助聽器效益驗證方式：

|  |  |
| --- | --- |
|  | 驗證方式(至少完成兩項；無口語能力之幼兒或無語言表達能力之多重障礙者，完成任一項即可。) |
| 右耳 | [ ] 實耳或耦合器測量[ ] 聲場中功能增益值測量[ ] 聲場中語音辨識測驗 |
| 左耳 | [ ] 實耳或耦合器測量[ ] 聲場中功能增益值測量[ ] 聲場中語音辨識測驗 |

1. 助聽器驗證結果【請附上效益驗證方式之報告，如額外附加其他效益驗證方式亦同(以附件呈現)】：
2. 實耳或耦合器測量：處方公式：

[ ] 實耳或耦合器測量結果於附件，以下欄位得免填。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助聽後反應 (dB SPL) | 250 Hz | 500 Hz | 1,000 Hz | 2,000 Hz | 4,000 Hz | 6,000 Hz |
| 右耳 | 50分貝反應/目標 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 65分貝反應/目標 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 75分貝反應/目標 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 左耳 | 50分貝反應/目標 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 65分貝反應/目標 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 75分貝反應/目標 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |

1. 聲場中功能增益值測量：

[ ] 聲場中功能增益值測量結果於附件，以下欄位得免填。

|  |  |
| --- | --- |
| 右耳 | [ ] 語言區範圍之上(≦30分貝dB HL)[ ] 語言區範圍內(31~50分貝dB HL)[ ] 語言區範圍之下(≧51分貝dB HL) |
| 左耳 | [ ] 語言區範圍之上(≦30分貝dB HL)[ ] 語言區範圍內(31~50分貝dB HL)[ ] 語言區範圍之下(≧51分貝dB HL) |
| 雙耳 | [ ] 語言區範圍之上(≦30分貝dB HL)[ ] 語言區範圍內(31~50分貝dB HL)[ ] 語言區範圍之下(≧51分貝dB HL) |

1. 聲場中語音辨識測驗：

[ ] 聲場中語音辨識測驗結果於附件，以下欄位得免填。

施測材料：[ ] 封閉式測驗 [ ] 開放式測驗

材料特性：[ ] 單字詞 [ ] 雙字詞 [ ] 句子

施測條件：[ ] 純聽覺 [ ] 視覺加聽覺

施測情境：[ ] 安靜環境 [ ] 噪音環境

施測音量暨測量結果：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 右耳 | 語音音量 分貝(dB HL)噪音音量 分貝(dB HL) | 助聽後聲場語音聽辨達 % |
| 左耳 | 語音音量 分貝(dB HL)噪音音量 分貝(dB HL) | 助聽後聲場語音聽辨達 % |
| 雙耳 | 語音音量 分貝(dB HL)噪音音量 分貝(dB HL) | 助聽後聲場語音聽辨達 % |

**四、驗證結果**

1. 助聽器配戴效益：

[ ] 具改善聽力之效果

□原設定符合改善聽力之效果

□經調整符合改善聽力之效果

[ ] 改善聽力之效果不佳【建議暫不予補助】：

[ ] 建議由原輔具供應商再調整設定

[ ] 建議由原輔具供應商更換為符合需求之助聽器

[ ] 其他，請說明：

[ ] 不具改善聽力之效果【建議暫不予補助】

1. 購置之助聽器功能、規格是否滿足輔具評估報告書之「規格配置建議」：

[ ] 是，保固書所載資料符合規格配置

右耳：[ ] 簡易型 [ ] 中階型 [ ] 進階型 [ ] 雙對側傳聲型([ ] 助聽器 [ ] 收音麥克風)

左耳：[ ] 簡易型 [ ] 中階型 [ ] 進階型 [ ] 雙對側傳聲型([ ] 助聽器 [ ] 收音麥克風)

[ ] 否，說明：

驗證單位用印

驗證單位： 嘉義縣輔具資源中心

驗證人員： 職稱： 輔具評估人員

驗證日期：