**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.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、活動需求與情境評估**

1. 預計使用的場合(可複選)：居家生活 照顧機構 校園學習 職場就業 其他：
2. 活動需求(可複選)：上肢操作活動 頭頸軀幹控制訓練 下肢拉筋 下肢活動訓練

其他：

1. 使用環境特性(可複選)：居家空間狹小 常需移動推行 需跨越門檻 其他：
2. 人力支持情況(可複選)：獨居 □有同住者 有專業人力協助： 其他：
3. 目前使用的輔具(尚未使用者免填)：
4. 輔具種類：直立式站立架 前趴式站立架 後仰式站立架/傾斜床
5. 輔具來源：政府補助：身障 長照 職災 職再 教育 榮民 健保

其他：

二手輔具：租借 媒合

自購

其他：

1. 已使用約： 年 使用年限不明
2. 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場所使用

其他：

**三、身體功能與構造及輔具使用相關評估**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 輔具使用之相關診斷(可複選)：  植物人 智能障礙 中風偏癱(左/右) 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) 腦外傷(左/右)  小腦萎縮症 腦性麻痺 發展遲緩 運動神經元疾病 巴金森氏症 肌肉萎縮症  小兒麻痺 骨折 截肢 關節炎 其他：  管路/造口(可複選)：無 氣切管 鼻胃管 尿管 胃造口 腸造口 膀胱造口  其他： | | |
| 身高約： 公分，體重約： 公斤 | | |
|  | | 手肘高： 公分  股骨大轉子高： 公分  膝關節高： 公分  肩寬： 公分  胸寬： 公分  臀寬： 公分  腋窩高： 公分 |
| 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 | |
| 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 | |
| 坐姿平衡  (可複選) | 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，身體明顯會倒向(可複選)：左側 右側 前方 後方 | |
| 脊柱(可複選) | 正常或無明顯變形  受重力作用時彎曲變形，且平躺時可回復。彎曲說明：  脊柱側彎： C型  S型；主要凸向 側，頂點在 位置  變形情況：部分可調整 完全固定變形  過度後凸(hyperkyphosis)：部分可調整 完全固定變形  過度前凸(hyperlordosis)：部分可調整 完全固定變形  合併有脊柱旋轉(vertebral rotation) | |
| 骨盆(可複選) | 正常  向前/後傾；變形情況：可調整 部分可調整 完全固定變形  向左/右傾斜；變形情況：可調整 部分可調整 完全固定變形  向左/右旋轉；變形情況：可調整 部分可調整 完全固定變形 | |
| 髖部(可複選) | 正常 內收變形 外展變形 屈曲變形 伸直變形 風吹式變形  髖脫位： 其他： | |
| 膝部 | 正常 屈曲變形 伸直變形 其他： | |
| 踝部(可複選) | 正常 內翻變形 外翻變形 蹠屈變形 背屈變形 其他： | |
| 其他攣縮 | 部位： 對站姿擺位之影響： | |
| 站姿平衡能力 | 站起：不用手即可站起 用手協助站起 沒有協助無法站起  站立平衡：放手站可抗外力  扶持穩定物可抗外力  需他人協助維持  完全依賴 | |

**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】

1. 評估結果：

不建議使用以下輔具；理由：

建議使用：

目前安置於機構或住院，即將返家(本項限居家使用者申請)

|  |  |
| --- | --- |
| 補助項目 | 使用理由 |
| 項次110 直立式站立架 |  |
| 項次111 前趴式站立架 |
| 項次112 後仰式站立架或傾斜床-手動調整型 |
| 項次113 後仰式站立架或傾斜床-電動調整型 |

1. 是否需要接受使用訓練：需要 不需要
2. 是否需要安排追蹤時間：需要 不需要
3. 其他：

**五、規格配置建議**

1. 輔具規格配置：

|  |  |
| --- | --- |
| 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. 底座直接附輪方便移動 2. 貼地型(需附輪板方便搬移) |
| 前趴式站立架 | 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. 膝部分隔支撐墊   4. 足部固定配件，形式：   5. 其他：   ※至少需提供上述3項配件  ※固定綁帶與桌板為必要之配件 |
| 後仰式站立架  或傾斜床 | 後仰角度調整方式：手動調整型 電動調整型  相關配件：   * 1. 頭部側支撐墊：寬度可調整 高度可獨立調整   2. 胸部側支撐墊：寬度可調整 高度可獨立調整   3. 骨盆側支撐墊：寬度可調整 高度可獨立調整   4. 兩側膝部分開固定設計   5. 足部固定配件，形式：   6. 踝關節角度調整踏板   7. 手部抓握桿 支撐桌面   8. 其他：   ※上述配件需至少提供3項  ※固定綁帶為必要之配件 |
| 建議於取得輔具後，與輔具中心預約免費的適配服務，可協助確認購買輔具符合使用需求，聯絡方式： | |

1. 其他建議：

評估單位用印

評估單位： 嘉義縣輔具資源中心

評估人員： 職稱： 輔具評估人員

評估日期：

個案欲提出身心障礙者輔具補助申請

輔具中心已協助個案提出申請

請由公所端協助個案提出申請

請於申請表附上估價單（需註記廠牌、型號、尺寸、規格）

個案欲提出長期照顧輔具補助申請