**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：9**

**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 |

* 1. **活動需求與情境評估**

1. 活動需求表達者：個案本人 個案之： (是否能協助個案使用輔具：是 否)
2. 預計使用的場合(可複選)：居家室內 醫療及照顧機構 教育與學習 工作與就業

休閒與運動 交通運輸 消費與理財 文化活動 其他：

1. 使用環境特性(可複選)：安靜環境 噪音環境 複雜聲音環境 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. 聽力史及聽覺輔具使用經驗：
   1. 發現聽損時的年齡：無法追朔  0～5歲  6～17歲  18～64歲  65歲以上

其他：

* 1. 主要溝通(表達)模式：口語 口手語 手語 筆談 其他：
  2. 目前使用的右耳聽覺輔具(尚未使用者免填)：

1. 輔具種類：輔聽器 人工電子耳 助聽器 其他：
2. 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情境使用

適合繼續使用，無需更換

其他：

1. 目前使用的左耳聽覺輔具(尚未使用者免填)：
2. 輔具種類：輔聽器 人工電子耳 助聽器 其他：
3. 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情境使用

適合繼續使用，無需更換

其他：

1. 其他目前使用的聽覺輔具配置方式及使用情形(尚未使用者免填)：

* 1. **身體功能與構造及輔具使用相關評估**

1. 醫療轉介需求：

無醫療轉介需求

甫完成相關醫療處置，耳部及聽覺功能狀態穩定

評估聽覺輔具需求前，應先完成相關醫療處置。轉介原因(可複選)：

耳部可見先天性或外傷性畸形

過去90天之內發生耳漏病史

過去90天之內發生突發性聽損或聽力快速惡化

急性或慢性眩暈

過去90天之內發生單側聽損或突發性單側聽損

500 Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz氣骨導差均達到或超過15 dB

耳道可見明顯的耵聹堆積或異物

耳朵疼痛不適

1. 裸耳聽覺功能評估：
   1. 純音聽力檢查結果：沿用三個月內報告資料，施測院所： 施測日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 頻率(Hz) | 250 | 500 | | | 1,000 | | | 2,000 | | | 4,000 | | | 6,000 |
| 項目 | ACT | ACT | BCT | UCL | ACT | BCT | UCL | ACT | BCT | UCL | ACT | BCT | UCL | ACT |
| 右耳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 左耳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 聲場 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

右耳氣導聽閾平均值： 分貝、左耳氣導聽閾平均值： 分貝、

聲場聽閾平均值： 分貝

※縮寫說明：ACT氣導閾值、BCT骨導閾值、UCL不舒適響度

※未施測及無法施測之欄位以「DNT」及「CNT」填寫

※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。

※僅符合第二類：【b210】、【s220】或【01】中度以上(中度以上視覺障礙者)之申請補助對象

應填寫500Hz、1,000Hz、2,000Hz及4,000Hz 之聽閾平均值，其餘免填

* 1. 語音聽力檢查結果(此項檢查視情況決定是否需評估)：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 聽辨閾值(SRT) | 最適音量之字詞辨識率 (WDS @ MCL) | 其他 |
| 右耳 | dB HL | % @ dB HL |  |
| 左耳 | dB HL | % @ dB HL |  |
| 聲場 | dB HL | % @ dB HL |  |

請補充說明測驗方式／判讀意義等相關資訊：

* 1. 電生理檢查結果(此項檢查視情況決定是否需評估)：

沿用三個月內報告資料，施測院所： 施測日期：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 聽性腦幹反應檢查(ABR閾值) 單位：分貝(dB nHL) | | | | | |
| 施測音 | 500 Hz TB | 1,000 Hz TB | 2,000 Hz TB | 4,000 Hz TB | Click |
| 右耳閾值 |  |  |  |  |  |
| 左耳閾值 |  |  |  |  |  |
| 骨導閾值 |  |  |  |  |  |
| 穩定狀態誘發電位檢查(ASSR/SSEP) 單位：分貝(dB eHL) | | | | | |
| 頻率 | 500 Hz | 1,000 Hz | 2,000 Hz | 4,000 Hz |  |
| 右耳閾值 |  |  |  |  |  |
| 左耳閾值 |  |  |  |  |  |

* 1. 特殊聽力情況(可複選)：

無特殊情況 漸進性聽損病史聽力波動病史 行為聽力閾值需持續確認

耳鳴已造成顯著困擾 聽覺過敏或響音重振 其他：

* 1. **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

|  |  |
| --- | --- |
| 補助項目 | 使用理由 |
| 項次82 助聽器-簡易型(左側 右側) |  |
| 項次83 助聽器-中階型(左側 右側) |
| 項次84 助聽器-進階型(左側 右側) |
| 項次85 助聽器-雙對側傳聲型 |

1. 建議效益驗證方式及效益目標(可複選，非必填)：

※效益驗證時應提供助聽器產品保固書及助聽器軟體(含App)調整報告之正本或影本予驗證人員，方得進行助聽器補助項目之效益驗證評估。

實耳或耦合器測量

建議處方目標公式： ，結果不劣於處方目標±5分貝

驗證頻率： 250 Hz  500 Hz  1,000 Hz  2,000 Hz  4,000 Hz  6,000 Hz

聲場中功能增益值測量

測量結果之預期目標：

|  |  |
| --- | --- |
| 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) |

聲場中語音辨識測驗

建議之施測語音音量： 分貝(dB HL)，純聽覺 視覺加聽覺

建議之施測情境：安靜環境 噪音環境

測量結果之預期目標：

|  |  |
| --- | --- |
| 右耳 | 助聽後聲場語音聽辨達 % |
| 左耳 | 助聽後聲場語音聽辨達 % |
| 雙耳 | 助聽後聲場語音聽辨達 % |

其他驗證方式及效益目標：

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：
   1. **規格配置建議**
4. 輔具規格配置：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 款式 | 選配方式(可複選) | 規格及功能規範 | 輔具使用情境(可複選)  (對應需求評估) |
| 簡易型 | 右耳選配  左耳選配 | 採類比方式或數位方式處理聲音訊號之助聽器 | 居家室內  醫療及照顧機構 |
| 中階型 | 右耳選配  左耳選配 | 採數位方式處理聲音訊號，並符合下列所有規範  1. 具6個以上可單獨調整壓縮參數(壓縮閾值、壓縮比)之壓縮頻道，或採用同等效能之時域(time domain)數位訊號處理技術  2. 多聆聽程式  3. 具備至少1種自適應噪音消除功能  4. 配戴時可自動消除迴饋音 | 居家室內  醫療及照顧機構  休閒與運動  交通運輸  消費與理財  文化活動  其他： |
| 進階型 | 右耳選配  左耳選配 | 符合助聽器-中階型所有規格並符合下列所有規範   1. 方(指)向性麥克風 2. 具相容於無線傳輸系統 | 居家室內  醫療及照顧機構 教育與學習  工作與就業  休閒與運動  交通運輸  消費與理財  文化活動  其他： |
| 雙對側傳聲型 | 右耳配戴助聽器，左耳跨傳收音麥克風  左耳配戴助聽器，右耳跨傳收音麥克風 | 本項2只設備元件為1組，應可搭配操作。1只符合助聽器-進階型規格或功能之助聽器配戴於優耳，及另1只為無線收音麥克風設備，配戴於劣耳耳部(含耳掛型、耳內型或耳罩型) |
| 建議搭配聽覺輔具 | 無相關建議  遠端麥克風系統/無線音訊串流系統  警示指示及信號裝置  其他： | | |
| ※效益驗證時應提供助聽器產品保固書及助聽器軟體(含App)調整報告之正本或影本予驗證  人員，方得進行助聽器補助項目之效益驗證評估。 | | | |

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）