

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：7

輔具項目名稱：視覺及相關輔具

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：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
9. 身心障礙類別(可複選)：	<input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 第四類 <input type="checkbox"/> 第五類 <input type="checkbox"/> 第六類 <input type="checkbox"/> 第七類 <input type="checkbox"/> 第八類 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
10. 身心障礙程度分級：	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度				

二、活動需求與情境評估

- 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 休閒與運動
其他：_____
- 使用情境(可複選)：短訊息閱讀 長時間閱讀 資料蒐集 筆記或記錄 特定物件辨識
閱聽新聞 一般溝通 光線控制 其他：_____
- 人力支持情況(可複選)：獨居 有同住者 有專業人力協助：_____ 其他：_____
- 目前已使用視覺及相關輔具種類(可複選)：
視障用白手杖或杖頭 收錄音機或隨身聽 聽書機 視障用點字手錶 視障用語音報時器
特製眼鏡(含特製隱形眼鏡) 角膜疾病類隱形眼鏡 包覆式濾光眼鏡 望遠鏡 放大鏡-低倍率 放大鏡-高倍率 點字板 點字機(打字機) 點字觸摸顯示器-20 方以下 點字觸摸顯示器-20 方(含)以上 可攜式擴視機 桌上型擴視機 視障用螢幕報讀軟體 視障用螢幕放大軟體 語音手機-簡易型 語音手機-智慧型 平板 其他：_____
- 此次申請的視覺輔具：_____ [尚未使用者免填以下(1)-(4)]
 - 廠牌規格型號：_____
 - 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：_____
 - 已使用約：_____年 使用年限不明
 - 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

1. 輔具使用之相關診斷(可複選)：

- 白內障(術前、後) 青光眼 角膜退化 黃斑部病變 老年性黃斑部病變 視神經萎縮
視網膜色素變性 視網膜剝離 糖尿病視網膜病變 白化症 弱視 葡萄膜炎
外傷 中風 腦性麻痺 發展遲緩 大腦視覺損傷 其他：_____

2. 視覺能力與摸讀能力(請依據不同輔具補助需求，檢附下列附件，可複選)：

- 功能性視覺能力評估(附件一 功能性視覺評估表)
點字摸讀能力評估(附件二 點字摸讀評估表)
視力檢查(附件三 驗光報告表)

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

補助項目	使用理由
<input type="checkbox"/> 項次 63 特製眼鏡(含特製隱形眼鏡)	
<input type="checkbox"/> 項次 65 包覆式濾光眼鏡	
<input type="checkbox"/> 項次 66 望遠鏡	
<input type="checkbox"/> 項次 68 放大鏡-高倍率	
<input type="checkbox"/> 項次 70 點字機(打字機)	
<input type="checkbox"/> 項次 71 點字觸摸顯示器-20 方以下	
<input type="checkbox"/> 項次 72 點字觸摸顯示器-20 方(含)以上	
<input type="checkbox"/> 項次 73 可攜式擴視機	
<input type="checkbox"/> 項次 74 桌上型擴視機	
<input type="checkbox"/> 項次 75 視障用螢幕報讀軟體	
<input type="checkbox"/> 項次 76 視障用螢幕放大軟體	
<input type="checkbox"/> 項次 78 語音手機-智慧型或平板	

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：_____

補助項目	應檢附表件
特製眼鏡(含特製隱形眼鏡)	1. 本評估報告書 2. 附件三驗光報告表
包覆式濾光眼鏡	1. 本評估報告書 2. 附件一功能性視覺評估表 3. 附件三驗光報告表 ※
望遠鏡	1. 本評估報告書 2. 附件一功能性視覺評估表 3. 附件三驗光報告表 ※
放大鏡-高倍率	1. 本評估報告書 2. 附件一功能性視覺評估表 3. 附件三驗光報告表 ※
點字機(打字機)	本評估報告書
點字觸摸顯示器-20 方以下 點字觸摸顯示器-20 方(含)以上	1. 本評估報告書 2. 附件二點字摸讀評估表
可攜式擴視機 桌上型擴視機	1. 本評估報告書 2. 附件一功能性視覺評估表 3. 附件三驗光報告表 ※
視障用螢幕報讀軟體	本評估報告書
視障用螢幕放大軟體	1. 本評估報告書 2. 附件一功能性視覺評估表 3. 附件三驗光報告表 ※
語音手機-智慧型或平板	本評估報告書

※首次申請視覺輔具(包覆式濾光眼鏡、望遠鏡、放大鏡-高倍率、可攜式擴視機、桌上型擴視機或視障用螢幕放大軟體之任一項)或近半年視力有明顯變化者，需檢附「附件三驗光報告表」

五、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

<input type="checkbox"/> 特製眼鏡(含特製隱形眼鏡)	功用： <input type="checkbox"/> 近距離 <input type="checkbox"/> 中距離 <input type="checkbox"/> 遠距離 <input type="checkbox"/> 戶外 <input type="checkbox"/> 室內 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	內容： <input type="checkbox"/> 屈光矯正 <input type="checkbox"/> 斜視矯正 <input type="checkbox"/> 放大(<input type="checkbox"/> 遠 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 近) <input type="checkbox"/> 延伸視野 <input type="checkbox"/> 防眩光 <input type="checkbox"/> 增強對比 <input type="checkbox"/> 色覺改善 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 包覆式濾光眼鏡	<input type="checkbox"/> 室內，顏色：_____色 <input type="checkbox"/> 戶外，顏色：_____色 <input type="checkbox"/> 閱讀，顏色：_____色 <input type="checkbox"/> 其他：_____，顏色：_____色
<input type="checkbox"/> 望遠鏡	放大倍率 2 倍以上、重量 300 公克(g)以下、最短對焦距離為 100 公分以下 <input type="checkbox"/> 規格：_____ × _____公厘，視野角度：_____
<input type="checkbox"/> 放大鏡-高倍率	鏡片規格必須同時載明倍率及屈光度、倍率 2.5 倍以上及屈光度 10 以上 <input type="checkbox"/> 文鎮式：_____ × _____D <input type="checkbox"/> 口袋型：_____ × _____D <input type="checkbox"/> 手持式：_____ × _____D <input type="checkbox"/> 站立式：_____ × _____D <input type="checkbox"/> 手持照明：_____ × _____D <input type="checkbox"/> 站立式照明：_____ × _____D <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 點字機(打字機)	功用： <input type="checkbox"/> 讀寫訓練 <input type="checkbox"/> 訊息記錄 <input type="checkbox"/> 標籤記號 <input type="checkbox"/> 文書溝通 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 點字觸摸顯示器 -20 方以下	14 方以上、20 方以下且 8 點顯示、可支援 1 種以上視窗版中英文視障用螢幕報讀軟體，且總重量 2 公斤以下
<input type="checkbox"/> 點字觸摸顯示器 -20 方(含)以上	20 方(含)以上且 8 點顯示、可支援 1 種以上視窗版中英文視障用螢幕報讀軟體，且總重量 2 公斤以下
<input type="checkbox"/> 可攜式擴視機	無需於特定平台(桌面)上裝載設備使用，並可隨時便利攜帶外出使用，且產品本身已具備螢幕及鏡頭等設備使用，應符合下列所有規範 1. 螢幕尺寸 4.3 英吋以上 2. 色彩模式 3 組(黑底白字、白底黑字、彩色模式)以上 3. 支援放大及縮小功能且放大倍率為 6 倍以上 4. 凍結或儲存畫面 另外附加功能： <input type="checkbox"/> 亮度調整 <input type="checkbox"/> 對比調整 <input type="checkbox"/> 望遠 <input type="checkbox"/> 記憶或儲存畫面 <input type="checkbox"/> 6.5 吋以上螢幕 <input type="checkbox"/> 觸控螢幕 <input type="checkbox"/> 螢幕角度調整 <input type="checkbox"/> 連接電腦或電視 <input type="checkbox"/> 書寫支架或把手
<input type="checkbox"/> 桌上型擴視機	需於平台(桌面)上裝載設備以供操作，應符合下列所有規範 1. 色彩模式 5 組(須含黑底白字、白底黑字、彩色模式)以上 2. 支援放大及縮小功能且放大倍率為 40 倍以上 3. 可自動對焦及可切換自動手動對焦 4. 具備書寫空間或閱讀平台距離鏡頭 20 公分以上 5. 提供經評估所需其他功能配備達下列任 6 項以上功能： <input type="checkbox"/> 亮度調整 <input type="checkbox"/> 對比調整 <input type="checkbox"/> 望遠 <input type="checkbox"/> 凍結或儲存 <input type="checkbox"/> 托盤 <input type="checkbox"/> 導引線或遮蔽視窗 <input type="checkbox"/> 定位指示 <input type="checkbox"/> 焦距鎖定 <input type="checkbox"/> 可旋轉鏡頭 <input type="checkbox"/> 一體成型且螢幕角度可調整 <input type="checkbox"/> 操作時語音提示功能 <input type="checkbox"/> 光學辨識將文字重新編排或語音輸出
<input type="checkbox"/> 視障用螢幕報讀軟體	具備中英文語音報讀功能、支援圖形標記功能、完整支援 office 系列軟體、具備閱讀 PDF 檔案功能、可支援點字觸摸顯示器

<input type="checkbox"/> 視障用螢幕放大軟體	應符合下列所有規範 1. 至少 6 倍以上之螢幕放大功能 2. 滑鼠指標及文字編輯游標具多種放大提示調整之選擇 3. 螢幕顯示色相可作多模式切換，含高反差、對比色、十字導引、平滑字形等 4. 放大顯示視窗可選擇分割視窗、全螢幕顯示或區塊顯示
<input type="checkbox"/> 語音手機-智慧型或平板	手機須具各層選單之語音報讀、文字簡訊播報、開關機聲音或震動提示、語音播報通訊錄內容及來電號碼等功能，且透過觸控螢幕方式執行手機所有功能 平板須具文字調整與放大功能、相機功能、語音報讀，且透過觸控螢幕方式執行所有功能
<input type="checkbox"/> 其他電腦相關軟硬體或建議：_____	
<input type="checkbox"/> 其他：_____	
<input type="checkbox"/> 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：_____	

2. 其他建議(可複選)：

- 轉介眼科醫師做眼科特定項目檢查或治療，說明：_____
- 視覺功能訓練，說明：_____
- 居家、職場環境改善建議，說明：_____
- 轉介生活重建服務，說明：_____
- 其他，說明：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

