

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：	<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				

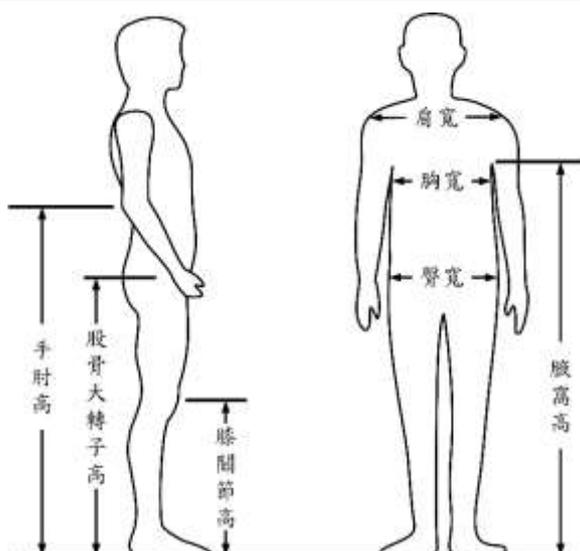
二、活動需求與情境評估

- 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 其他：_____
- 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：_____
- 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：_____
- 人力支持情況(可複選)：獨居 有同住者 有專業人力協助：_____ 其他：_____
- 目前使用的輔具(尚未使用者免填)：
 - 輔具種類：直立式站立架 前臥式站立架 後仰式站立架/傾斜床
 - 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

輔具使用之相關診斷(可複選)： <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 中風偏癱(左/右) <input type="checkbox"/> 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) <input type="checkbox"/> 腦外傷(左/右) <input type="checkbox"/> 小腦萎縮症 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 運動神經元疾病 <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 截肢 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 其他：_____
管路/造口(可複選)： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 氣切管 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 胃造口 <input type="checkbox"/> 腸造口 <input type="checkbox"/> 膀胱造口 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張 軀幹： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張 左上肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張 右上肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張 左下肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張 右下肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張
頭部控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 <input type="checkbox"/> 完全無法控制
坐姿平衡 (可複選)	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 雙手扶持尚可維持平衡 <input type="checkbox"/> 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)： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方
脊柱(可複選)	<input type="checkbox"/> 正常或無明顯變形 <input type="checkbox"/> 受重力作用時彎曲變形，且平躺時可回復。彎曲說明：_____
	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎： <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> S型；主要凸向_____側，頂點在_____位置 變形情況： <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形
	<input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis)： <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis)： <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 合併有脊柱旋轉(vertebral rotation)
骨盆(可複選)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 向前/後傾；變形情況： <input type="checkbox"/> 可調整 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 向左/右傾斜；變形情況： <input type="checkbox"/> 可調整 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 向左/右旋轉；變形情況： <input type="checkbox"/> 可調整 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形
腕部(可複選)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內收變形 <input type="checkbox"/> 外展變形 <input type="checkbox"/> 屈曲變形 <input type="checkbox"/> 伸直變形 <input type="checkbox"/> 風吹式變形 <input type="checkbox"/> 腕脫位：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
膝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 屈曲變形 <input type="checkbox"/> 伸直變形 <input type="checkbox"/> 其他：_____
踝部(可複選)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內翻變形 <input type="checkbox"/> 外翻變形 <input type="checkbox"/> 蹠屈變形 <input type="checkbox"/> 背屈變形 <input type="checkbox"/> 其他：_____
其他攣縮	部位：_____ 對站姿擺位之影響：_____
站姿平衡能力	站起： <input type="checkbox"/> 不用手即可站起 <input type="checkbox"/> 用手協助站起 <input type="checkbox"/> 沒有協助無法站起 站立平衡： <input type="checkbox"/> 放手站可抗外力 <input type="checkbox"/> 扶持穩定物可抗外力 <input type="checkbox"/> 需他人協助維持 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 項次 110 直立式站立架	
<input type="checkbox"/> 項次 111 前臥式站立架	
<input type="checkbox"/> 項次 112 後仰式站立架或傾斜床-手動調整型	
<input type="checkbox"/> 項次 113 後仰式站立架或傾斜床-電動調整型	

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：_____

五、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

<input type="checkbox"/> 直立式站立架	<p>相關配件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 胸部側支撐墊：<input type="checkbox"/> 寬度可調整 <input type="checkbox"/> 高度可獨立調整 <input type="checkbox"/> 骨盆側支撐墊：<input type="checkbox"/> 寬度可調整 <input type="checkbox"/> 高度可獨立調整 <input type="checkbox"/> 兩側膝部支撐配件可獨立調整設計 <input type="checkbox"/> 足部固定配件，形式：_____ <input type="checkbox"/> 桌板 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <p>※上述配件需至少提供 3 項 ※固定綁帶為必要之配件</p> <p>底座設計：</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 底座直接附輪方便移動 <input type="checkbox"/> 貼地型(<input type="checkbox"/> 需附輪板方便搬移)
<input type="checkbox"/> 前趴式站立架	<p>相關配件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 胸部側支撐墊：<input type="checkbox"/> 寬度可調整 <input type="checkbox"/> 高度可獨立調整 <input type="checkbox"/> 骨盆側支撐墊：<input type="checkbox"/> 寬度可調整 <input type="checkbox"/> 高度可獨立調整 <input type="checkbox"/> 膝部分隔支撐墊 <input type="checkbox"/> 足部固定配件，形式：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ <p>※至少需提供上述 3 項配件 ※固定綁帶與桌板為必要之配件</p>
<input type="checkbox"/> 後仰式站立架 或傾斜床	<p>後仰角度調整方式：<input type="checkbox"/> 手動調整型 <input type="checkbox"/> 電動調整型</p> <p>相關配件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 頭部側支撐墊：<input type="checkbox"/> 寬度可調整 <input type="checkbox"/> 高度可獨立調整 <input type="checkbox"/> 胸部側支撐墊：<input type="checkbox"/> 寬度可調整 <input type="checkbox"/> 高度可獨立調整 <input type="checkbox"/> 骨盆側支撐墊：<input type="checkbox"/> 寬度可調整 <input type="checkbox"/> 高度可獨立調整 <input type="checkbox"/> 兩側膝部分開固定設計 <input type="checkbox"/> 足部固定配件，形式：_____ <input type="checkbox"/> 踝關節角度調整踏板 <input type="checkbox"/> 手部抓握桿 <input type="checkbox"/> 支撐桌面 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <p>※上述配件需至少提供 3 項 ※固定綁帶為必要之配件</p>
<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：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印