**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：2**

**輔具項目名稱：電動輪椅及相關配件、電動代步車**

**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)：□室內靜態活動為主 □需於社區/校園內短距離移動，頻率：

□中長距離移動(>1公里)，頻率： □需夜間外出，頻率：

1. 使用環境特性(可複選)：

□大致平坦 □經常通過顛簸路面 □需跨越門檻/線槽，高低差： 公分

□經常需跨越間隙，距離： 公分 □需在無障礙坡道推行 □需在陡坡推行

□需在狹窄的環境迴轉 □經常使用電梯，梯廂尺寸(深×寬)= 公分 × 公分

1. 預估每日需要以電動輪椅行進的距離：□<3公里 □3~10公里 □10~20公里 □>20公里
2. 交通運輸方式(可複選)：□無 □經常以公車/復康巴士載運 □需小客車載運 □自駕改裝機車
3. 人力支持情況：□無 □偶有協助人力 □經常有照顧者陪同 □有時需要協助者代為駕駛
4. 適當的停放/充電處所：□無 □有適當的停放處，但需將電池抽離充電 □有適當的處所
5. 需要搭配使用的步行輔具：□無 □單點手杖 □前臂拐 □腋下拐 □四腳拐 □助行器

□帶輪型助步車 □其他：

1. 目前使用的輔具(僅填寫此次申請之相關輔具，尚未使用者免填)：
2. 輔具種類：□非輕量化量產型輪椅 □輕量化量產型輪椅 □客製型輪椅 □高活動型輪椅

□手推圈啟動型動力輔助輪椅 □電動輪椅 □電動代步車

1. 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)：  □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 □心肺功能疾病 □肝腎疾病 □其他： | | | | | | |
| 身高約： 公分，體重約： 公斤，體型概述：  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： | | | | | | |
| 身體量測(申請電動代步車者，身體量測數據免填)： | | | | | | |
|  | | | | | ※若雙側數據不同者請分別標示：  左/右(L/R)  ※以下數據之長度單位為：  □公分 □英吋 | |
| 1. 髖關節限制： (左) (右) 2. 膝關節限制： (左) (右) 3. 坐面最寬處： 4. 臀至膝窩： | | | 1. 膝窩至腳底： □含鞋 2. 肩胛下角高： 3. 肩峰高度： 4. 枕骨中心高： | | | 1. 胸廓寬度： 2. 肩峰距離： 3. 上臂垂直高： 4. 胸廓厚度： |
| 身體各部位姿態 | 靜態下  坐姿維持能力 | □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 | | | | |
| 輪椅移動時  坐姿維持能力 | □良好 □尚可維持平衡 □需以輔具加強軀幹支撐 | | | | |
| 骨盆(可複選) | □正常 □向前/後傾 □向左/右傾斜 □向左/右旋轉  坐姿時骨盆經常：□向前滑動 □向後滑動 □向左滑動 □向右滑動 | | | | |
| 脊柱(可複選) | □無明顯變形 □脊柱側彎 □過度前凸(hyperlordosis) □過度後凸(hyperkyphosis) | | | | |
| 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 | | | | |
| 髖部 | □正常 □內收變形 □外展變形 □風吹式變形 □其他： | | | | |
| 膝部 | □正常 □屈曲變形 □伸直變形 | | | | |
| 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 | □無 □有，部位： 對坐姿擺位之影響： | | | | |
| 異常肌張力 | | □無 □低張 □高張 □徐動；對於坐姿的影響： | | | | |
| 認知/判斷能力 | | □正常 □尚可 □錯亂或遲鈍(有可能造成使用風險) | | | | |
| 視知覺能力 | | □正常 □尚可 □差(有可能造成使用風險) | | | | |
| 情緒管理 | | □正常 □尚可 □差(有可能造成使用風險) | | | | |
| 皮膚感覺 | | □正常 □異常： □喪失： □無法施測 | | | | |
| 壓傷(褥瘡) | | □未曾發生 □過去有，部位：  □目前有，部位： 尺寸： 公分 × 公分  分級：□第1級 □第2級 □第3級 □第4級 □無法分級  □深層組織壓傷 | | | | |
| 最有效執行輔具  操作的肢體部位  (可複選組合) | | 1. 有效粗動作控制能力：□無   上肢：□左側 □右側；部位：□手腕或手掌 □肩或肘  下肢：□左側 □右側；部位：□腳掌 □腿或膝   1. 有效精細動作控制能力：   上肢：□左側 □右側；部位：□手指 □手腕或手掌  下肢：□左側 □右側；部位：□腳趾 □腳掌  頭頸部位：□下巴 □頭部動作 □嘴唇 □眼球動作   1. □其他部位： | | | | |
| 進出輔具時的移位方式：  □站立移位並可跨上小階 □站立移位但無法跨上小階 □獨立坐姿橫向移位 □完全依賴他人協助 | | | | | | |
| 個案自行操作電動輪椅/電動代步車之技巧： | | | | | | |
| 1. 在合理時間內開啟/關閉電源開關 2. 依指令執行前進、後退、轉向及停止 3. 無障礙坡道上駕駛上坡、轉向及停止 4. 在開門時限內進出電梯門或捷運門 5. 於較窄的通道中穩定向前推行5公尺 6. 在直徑150公分的範圍內完成直接迴轉 7. 以分段方式，完成狹小空間中的迴轉 8. 在吵雜的環境能專注操作不分心 9. 能注意別人及自身的安全 | | | | □獨立完成 □可訓練或需改裝 □需要他人協助  □獨立完成 □可訓練或需提醒 □無法執行  □獨立完成 □可訓練或需提醒 □無法執行  □獨立完成 □可訓練或需提醒 □無法執行  □獨立完成 □可訓練或需提醒 □無法執行  □獨立完成 □可訓練或需提醒 □無法執行  □獨立完成 □可訓練或需提醒 □無法執行  □獨立完成 □可訓練或需提醒 □無法執行  □隨時注意 □偶爾需要他人提醒 □隨時需要他人提醒 | | |
| 說明： | | | | | | |

**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：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身心障礙者輔具費用  補助項目 | 長照輔具及居家無障礙環境改善服務給付項目 | 對應原則 | 使用理由 |
| □項次14 電動輪椅-基礎型 | □EC11 電動輪椅 | 1. 「14、15、16、17、18、19、20、21」與「EC11」於最低使用年限內不可重複補助 2. 「16、17、18、19、20、21」限配搭「14或15」申請 |  |
| □項次15 電動輪椅-進階型 |
| □項次16 電動輪椅配件-沙發型座椅 |  |
| □項次17 電動輪椅配件-擺位型椅架 |
| □項次18 電動輪椅配件-電動變換姿勢功能  (□空中傾倒 □仰躺 □升降 □站立) |  |
| □項次19 電動輪椅配件-特殊規格控制器 |  |
| □項次20 電動輪椅配件-新車內建鋰系電池 |  |
| □項次21電動輪椅配件-控制器操作位置調整 |  |
| □項次30 電動代步車 | □EC12 電動代步車 | 「30」與「EC12」於最低使用年限內不可重複補助 |  |
| 項次31 行動輔具附加功能-完成搭配機動車輛使用之衝擊測試 | 無此給付項目 | 無對應原則 |  |

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**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □電動輪椅 | 類型 | □電動輪椅-基礎型 □電動輪椅-進階型 | | □配置鋰系電池 | | |
| 電動輪椅驅動輪位置：□前 □中 □後 | | 操作者：□個案 □個案與照顧者皆要 | | |
| 座椅系統 | □帆布型座椅(sling seat) □沙發型座椅(captain seat) □擺位型座椅(rehabilitation seat) | | | | |
| □加裝電動姿勢變換功能(可複選，至多補助2項功能)：  □後躺 □空中傾倒 □抬腿 □站立 □升降 □其他： | | | | |
|  | (A)座背靠夾角： 度 | | | (B)腿靠角度： 度 |
| (C)座寬(座墊寬度或扶手間距)： | | | (D)座深： |
| (E)腿靠長度： | | | (F)椅背高度： |
| (G)頭靠高度： | | | (H)扶手高度： |
| (I)軀幹側支撐高度：左 ～ 右 ～ | | | |
| ※以上座椅長度單位為：□公分 □英吋 | | | |
| 腿靠：□固定 □可內外旋或拆卸 □可上抬；支撐方式：□小腿靠墊 □小腿靠帶  踏板形式：□單片式 □兩片式 | | | | |
| 擺位配件 | □輪椅擺位系統(可複選，如需申請，請另檢附3號評估報告)：  □平面背靠 □曲面適形背靠 □軀幹側支撐架 □臀側支撐架 □內收鞍板 □分腿器  □膝前擋板 □頭靠系統  □身體固定帶：□骨盆帶 □大腿環帶 □小腿綁帶 □腳掌綁帶 □軀幹帶，類型 | | | | |
| 其他配件：□加裝前後燈具 □加裝桌板 □加裝枴杖筒 □其他加裝配件： | | | | | |
| 控制器及人機介面 | 電動輪椅輸入裝置的身體部位與方式：   1. 上肢□左 □右；操作方式：□手指抓握移動 □手腕或手掌移動 □肩或肘按壓開關 2. 下肢□左 □右；操作方式：□腳趾抓握移動 □腳掌踩踏移動 □腿或膝按壓開關 3. 頭頸部位：□下巴往各方向移動 □以頭輕敲特殊開關 □以嘴吹吸氣 □眼球動作 4. □其他部位與控制方式： | | | | |
| □比例式輸入系統：  □傳統搖桿 □加裝介護控(attendant control)  □改裝搖桿頭： 型  □特殊規格之搖桿組(□微型搖桿 □耐衝擊搖桿) | | | □非比例式控制系統  □吹吸控制 □多按鍵控制  □眼動控制 □其他： | |
| 控制器程式規劃：  □緩和模式 □動能模式 □手震顫模式 □需重新定義搖桿行程(joystick throw) | | | | |
| □控制器操作位置調整，建議調整至： | | | | |
| □電動代步車 | 座椅：□帆布型座椅(sling seat) □沙發型座椅(captain seat) | | | | | | |
| 配件：□加裝前後燈具 □加裝枴杖筒 □其他加裝配件： | | | | | | |
| 操作介面：利用□左 □右 上肢轉動龍頭、同側手指或手掌操作油門撥桿 | | | | | | |
| □建議選用通過衝擊測試之輪椅結構(補助項次31) | | | | | | |
| □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： | | | | | | |
| 其他建議： | | | | | | |

評估單位用印

評估單位：

評估人員： 職稱：

評估日期：