**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：4**

**輔具項目名稱：移動式身體清洗槽、沐浴椅、便盆椅、沐浴椅或便盆椅附加功能**

**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)：□個案獨立浴廁 □由照顧者協助浴廁 □其他：
3. 使用環境特性(可複選)：□浴廁距起居空間較遠 □浴廁空間狹小 □需跨越門檻 □其他：
4. 人力支持情況(可複選)：□獨居 □有同住者 □有專業人力協助： □其他：
5. 目前使用的移動式身體清洗槽(尚未使用者免填)：
6. 輔具種類：□局部型 □全身型 □其他：
7. 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

□適合繼續使用，無需更換

□其他：

1. 目前使用的沐浴椅(尚未使用者免填)：
2. 輔具種類：□沐浴椅 □其他：

附加功能(可複選)：□附輪 □具利於移位之扶手 □具仰躺功能 □具空中傾倒功能

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

□適合繼續使用，無需更換

□其他：

1. 目前使用的便盆椅(尚未使用者免填)：
2. 輔具種類：□馬桶增高器 □便盆椅 □其他：

附加功能(可複選)：□附輪 □具利於移位之扶手 □具仰躺功能 □具空中傾倒功能

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

□適合繼續使用，無需更換

□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 □失智症 □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：  |
| 身體尺寸量測：身高約： 公分，體重約： 公斤，臀寬約： 公分 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身體姿態 | 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) | □正常或無明顯變形 □脊柱側彎 □過度前凸(hyperlordosis) □過度後凸(hyperkyphosis) □其他變形：  |
| 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 □其他：  |
| 功能評估 | 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 | □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 |
| 如廁沐浴困難 | □浴廁內移動、操作有跌倒疑慮 □無法及時步行到達浴廁，如廁常來不及□步行至浴廁有安全疑慮□無法步行至浴廁□無法以下肢承重轉位 |

**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163 移動式身體清洗槽-局部型 | □FA20 居家無障礙設施-特殊簡易洗槽 | 「163」與「FA20」於最低使用年限內不可重複補助 |  |
| □項次164 移動式身體清洗槽-全身型 | □FA21 居家無障礙設施-特殊簡易浴槽 | 「164」與「FA21」於最低使用年限內不可重複補助 |  |
| □項次166 馬桶增高器 | □EA01-1 馬桶增高器 | 「166」與「EA01-1」於最低使用年限內不可重複補助 |  |
| □項次167 沐浴椅(一般型) | □EA01-3 沐浴椅 | 1. 「167、169、170、171、172」與「EA01-3」於最低使用年限內不可重複補助
2. 「168、169、170、171、172」與「EA01-2」於最低使用年限內不可重複補助
3. 「169、170、171、172」限配搭「167或168」申請
 |  |
| □項次168 便盆椅(一般型) | □EA01-2 便盆椅 |  |
| □項次169 沐浴椅或便盆椅附加功能-附輪 |  |  |
| □項次170 沐浴椅或便盆椅附加功能-具利於移位之扶手(無法以下肢承重轉位者，得申請此項，不受第七類障礙等級重度以上之限制) |  |  |
| □項次171 沐浴椅或便盆椅附加功能-具仰躺功能 |  |  |
| □項次172 沐浴椅或便盆椅附加功能-具空中傾倒功能 |  |  |

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：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 規格配置 | 其他配置 |
| □移動式身體清洗槽 | □局部型※深度達15公分以上，須內建排水裝置 | □可折疊 □充氣式 □其他：  |
| □全身型※深度達25公分以上，且槽體面積須包覆全身，須內建排水裝置 | 使用方式：□原床沐浴 □獨立浴槽 |
| □可折疊 □以床欄為支架 □充氣式□其他：  |
| □沐浴椅 | □需有扶手□固定式扶手□具利於移位之扶手※無法以下肢承重轉位者□需有背靠※補助款式必須有背靠□需附輪※申請附輪功能需配備骨盆帶□四輪皆轉向輪□僅兩輪為轉向輪□具仰躺功能□具空中傾倒功能※申請仰躺/空中傾倒功能，需具有頭頸支撐功能，及配備胸帶 | □座高調整功能※申請沐浴椅若非為附輪型，需具備座高調整功能□骨盆帶 □胸帶□頭頸支撐功能□座椅可轉向□可收折□可跨浴缸□特殊座高建議： □特殊整體寬度建議： 公分(配合門寬或其他環境需求)□其他：  |
| □便盆椅 | □需附輪※申請附輪功能需配備骨盆帶□四輪皆轉向輪□僅兩輪為轉向輪□具利於移位之扶手※無法以下肢承重轉位者□具仰躺功能□具空中傾倒功能※申請仰躺/空中傾倒功能，需具有頭頸支撐功能，及配備胸帶 | □座高調整功能※申請便盆椅若非為附輪型，需具備座高調整功能□骨盆帶 □胸帶□頭頸支撐功能 □可跨馬桶□可收折□特殊座高建議： □特殊整體寬度建議： 公分(配合門寬或其他環境需求)□其他：  |
| □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：

評估單位用印

評估人員： 職稱：

評估日期：