

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：01

輔具項目名稱：輪椅及推車

一、基本資料

1. 姓名：	2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 國民身分證統一編號：	4. 生日： 年 月 日
5. 戶籍地： 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
6. 聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地(下列免填) 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
7-2. (舊制)身心障礙手冊類別： <input type="checkbox"/> 肢體障礙： <input type="checkbox"/> 上肢(手) <input type="checkbox"/> 下肢(腳) <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 聲音或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 顏面損傷者 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神病患者 <input type="checkbox"/> 頑性(難治型)癲癇症 <input type="checkbox"/> 多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____ <input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙 <input type="checkbox"/> 其他經中央主管機關認定之身心障礙類別： <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 先天代謝異常 <input type="checkbox"/> 其他先天缺陷	
7-3. (新制)身心障礙分類系統： <input type="checkbox"/> 神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能 <input type="checkbox"/> 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 泌尿與生殖系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 皮膚與相關構造及其功能	
8. 障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	
9. 聯絡人：姓名： 與身心障礙者關係： 聯絡電話：	
10. 居住情況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與親友同住 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 其他：_____	

二、使用評估

1. 使用目的與活動需求(可複選)：日常生活 醫療 就學 就業 休閒與運動
2. 輔具使用環境(可複選)：室內 戶外 居家使用 機構或學校使用 社區或公園
其他：_____
3. 輔具操控能力：無自行推動輪椅能力 可自行推動輪椅 具良好輪椅操控能力
4. 目前使用的輪椅輔具：
(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) 使用年限不明

(2)現有輪椅輔具種類：非輕量化量產型輪椅 輕量化量產型輪椅 量身訂製型輪椅
高活動型輪椅 其他：_____

附加功能(可複選)：具利於移位功能 具仰躺功能 具空中傾倒功能

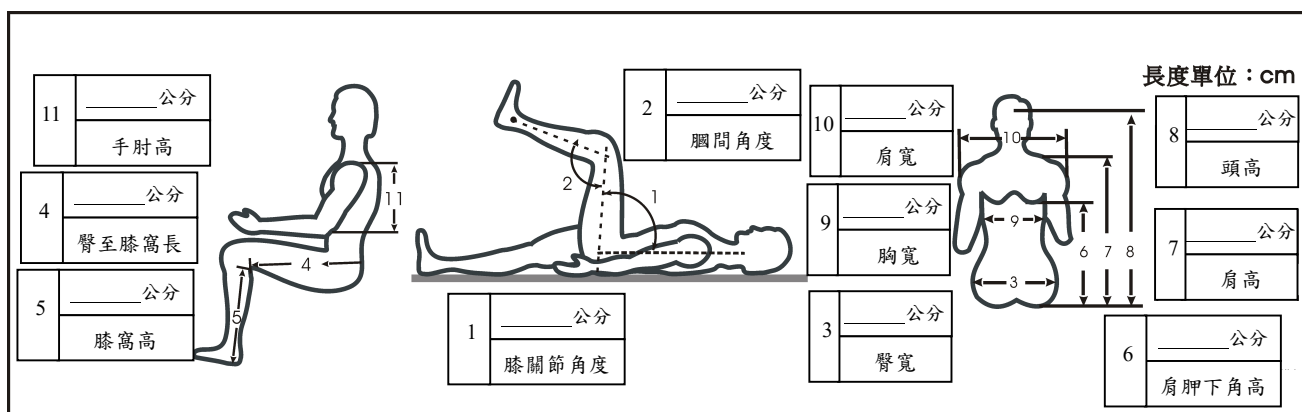
(3)輔具來源：自購 社政 勞政 教育 其他：_____

(4)目前使用情形：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，但需要另行購置一部於不同場所使用
其他：_____

5. 身體功能與構造：

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) 腦性麻痺或發展遲緩 小兒麻痺
運動神經元疾病 下肢骨折或截肢 關節炎 心肺功能疾病 肌肉萎縮症 其他：_____

身體尺寸量測：身高約_____公分，體重約_____公斤



※雙側不同時請標示：左/右

身體各部位姿態	坐姿平衡	<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，身體特別明顯會倒向： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方	
	骨盆	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 向前/後傾 <input type="checkbox"/> 向左/右傾斜 <input type="checkbox"/> 向左/右旋轉 坐姿時骨盆經常： <input type="checkbox"/> 向前滑動 <input type="checkbox"/> 向後滑動 <input type="checkbox"/> 向左滑動 <input type="checkbox"/> 向右滑動	
	脊柱	<input type="checkbox"/> 正常或無明顯變形 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis) <input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis) <input type="checkbox"/> 其他變形：_____	
	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	
	肩部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 後縮 <input type="checkbox"/> 前突	
	腕部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內收 <input type="checkbox"/> 外展 <input type="checkbox"/> 風吹式變形 <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	
	踝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 外翻變形 <input type="checkbox"/> 蹠屈變形	
其他攣縮	部位：_____ 對坐姿擺位之影響：_____		
認知能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差	視知覺能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差
判斷能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 錯亂或遲鈍	情緒控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差
皮膚感覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ <input type="checkbox"/> 喪失：_____ <input type="checkbox"/> 無法施測，原因：_____		

壓瘡	<input type="checkbox"/> 未發生 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 目前有：部位：_____ 尺寸：_____公分×_____公分 分級： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
操作技巧 <input type="checkbox"/> 使用者 <input type="checkbox"/> 照顧者	(1)啟動/解除煞車： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 遲緩或困難 (2)在平地及坡面上執行前進、後退、轉向及停止： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 遲緩或困難 (3)以前進及後退方式在開門時限內進出電梯： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 (4)自行開門並安全通過： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 (5)於較窄的通道中穩定向前推行5公尺： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 (6)進出小轎車或馬桶、床鋪間的轉位： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 遲緩或困難 (7)上下10公分的台階： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不安全或困難

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

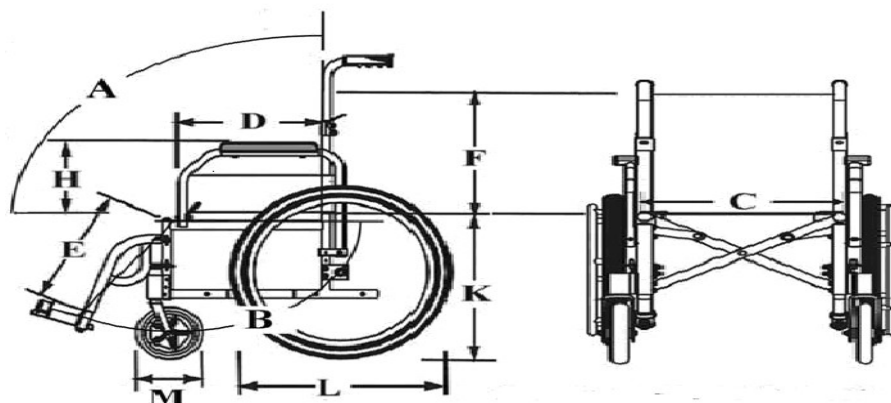
類 型	<input type="checkbox"/> 輪椅A款(非輕量化量產型輪椅) <input type="checkbox"/> 輪椅B款(輕量化量產型輪椅) <input type="checkbox"/> 輪椅C款(量身訂製型輪椅) <input type="checkbox"/> 推車A款 <input type="checkbox"/> 推車B款(具40公斤以上載重)	<input type="checkbox"/> 高活動型輪椅 <input type="checkbox"/> 輪椅附加功能(可複選，限輪椅B款或C款選配) <input type="checkbox"/> 輪椅附加功能A款(具利於移位功能) <input type="checkbox"/> 輪椅附加功能B款(具仰躺功能) <input type="checkbox"/> 輪椅附加功能C款(具空中傾倒功能)
	主要使用地點： <input type="checkbox"/> 室內 <input type="checkbox"/> 戶外 <input type="checkbox"/> 均需要	主要操作者： <input type="checkbox"/> 個案本身 <input type="checkbox"/> 照顧者 <input type="checkbox"/> 兩者皆要
	骨架形式： <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 折合式	前輪型式： <input type="checkbox"/> 實心胎 <input type="checkbox"/> 氣胎 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	後輪形式： <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 快拆 <input type="checkbox"/> 實心胎 <input type="checkbox"/> 氣胎 <input type="checkbox"/> 免充氣胎 <input type="checkbox"/> 軸心可前後調整 <input type="checkbox"/> 外展角度可依使用者需求設定 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	手推圈形式： <input type="checkbox"/> 無需求 <input type="checkbox"/> 金屬推圈 <input type="checkbox"/> 塑膠推圈 <input type="checkbox"/> 加裝梅花輪 <input type="checkbox"/> 披覆橡膠 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	煞車形式： <input type="checkbox"/> 前推式煞車 <input type="checkbox"/> 後拉式煞車 <input type="checkbox"/> 加長煞車柄 <input type="checkbox"/> 推把附煞車 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
座 椅 系 統	椅面 <input type="checkbox"/> 一般帆布型 <input type="checkbox"/> 皮質 <input type="checkbox"/> 布質 <input type="checkbox"/> 泡棉 <input type="checkbox"/> 硬式底板 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 輪椅座墊(附評估報告：編號第16號) 座墊總厚度：_____公分	
	椅背 <input type="checkbox"/> 一般帆布型 <input type="checkbox"/> 皮質 <input type="checkbox"/> 布質 <input type="checkbox"/> 泡棉 <input type="checkbox"/> 擺位系統(附評估報告：編號第03號)	
	扶手 <input type="checkbox"/> 全長式 <input type="checkbox"/> 近桌式扶手 <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 後掀式 <input type="checkbox"/> 全拆式 <input type="checkbox"/> 升降式 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	靠腳 <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 垂直式 <input type="checkbox"/> 可旋開+可掀卸式 <input type="checkbox"/> 可旋開+可掀卸式+抬高式 <input type="checkbox"/> 截肢式 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	踏板 <input type="checkbox"/> 單片式 <input type="checkbox"/> 兩片式 <input type="checkbox"/> 旋轉式 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 腳掌帶 <input type="checkbox"/> 腳跟擋帶	
其他輪椅/推車配件： <input type="checkbox"/> 固定帶： <input type="checkbox"/> 胸帶： <input type="checkbox"/> 一字型胸帶 <input type="checkbox"/> H帶 <input type="checkbox"/> 其他：_____		

本評估報告書由內政部委請下列單位協助規劃設計

規劃單位：大腿環帶能輔具開發中心 中兩節式鬆扣帶宜蘭縣輔具資源中心

小腿環帶：彈扣式織帶 兩節式粘扣帶 其他：_____

臀側支撐墊 大腿分隔墊 外展鞍板 內收鞍板 前膝檔板
 桌板 防傾桿 其他：_____



坐椅尺寸與角度相關參數：(單位：公分，除非有特別加註英吋，無需某配件時該參數不填)

座背靠夾角(A)	_____度	椅背高度(F)	_____公分
腿靠角度(B)	_____度	扶手高度(H)	左_____公分 右_____公分
座寬(C)	_____公分	座面高度(K)	_____公分
座深(D)	左_____公分 右_____公分	後輪尺寸(L)	_____英吋
腿靠長度(E)	左_____公分 右_____公分	前輪尺寸(M)	_____英吋

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. 其他建議事項：_____

四、補助建議【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】

手動輪椅與推車之建議：

建議使用，補充說明：_____

- 輪椅-A款
- 輪椅-B款
- 輪椅-B款、輪椅附加功能-A款
- 輪椅-B款、輪椅附加功能-A款及B款
- 輪椅-B款、輪椅附加功能-A款及C款
- 輪椅-B款、輪椅附加功能-A款及B款及C款
- 輪椅-C款
- 輪椅-C款、輪椅附加功能-A款
- 輪椅-C款、輪椅附加功能-A款及B款
- 輪椅-C款、輪椅附加功能-A款及C款
- 輪椅-C款、輪椅附加功能-A款及B款及C款
- 高活動型輪椅
- 推車-A款
- 推車-B款

不建議使用，理由：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印

五、檢核與追蹤紀錄

1. 輔具採購結果是否符合原處方輔具：

- 完全符合
- 功能、形式與原處方符合，部分規格及零配件略有出入，但大致符合
- 功能、形式或規格與原處方有顯著差異，不符原處方精神
- 其他：_____

2. 修改、調整與使用訓練：

- 無須修改及調整
- 經修改調整後以符合使用需求
- 建議配合使用訓練以期能安全操作

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____

檢核單位用印