

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：08

輔具項目名稱：行動電話機及影像電話機

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)：居家 學校 社區 職場
3. 目前使用的行動電話機或影像電話機：
 - (1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) 使用年限不明
 - (2)廠牌規格：_____ 型號：_____
 - (3)輔具來源：自購 社政 教育 勞政 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
仍符合使用者現在之使用需求，無需購置
其他：_____

(5)目前主要照顧者：_____ 與個案關係：_____ 年齡：_____

是否能協助個案使用此輔具：是 否

4. 主要溝通模式：口語 口手語 手語 筆談 其他：_____

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

類型	規格
行動電話機 A 款	無影像即時傳輸功能
行動電話機 B 款	於手機顯示幕同一面附有攝影鏡頭，並能雙向提供即時影像傳輸功能
影像電話機	除有一般電話機的功能外，另需有影像輸出和輸入功能，且必須提供網路的连接孔

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】

行動電話機之建議：

- 建議使用，補充說明：_____
- 行動電話機-A 款
- 行動電話機-B 款(具影像即時傳輸功能)
- 不建議使用，理由：_____

影像電話機之建議：

- 建議使用，補充說明：_____
- 不建議使用，理由：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

