

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：16

輔具項目名稱：輪椅座墊

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)：家中 學校 社區 職場
3. 目前使用的輪椅座墊：
 - (1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填)使用年限不明
 - (2)現有座墊種類：連通管氣囊組合氣墊-塑膠材質 連通管氣囊組合氣墊座-橡膠材質
液態凝膠墊 固態凝膠墊 填充式氣囊氣墊座 交替充氣型氣墊座
量製型座墊 其他：_____
 - (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

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：內政部多功能輔具資源整合推廣中心 設計單位：彰化縣輔具資源中心

- 規格或功能不符使用者現在的需求，需更換
適合繼續使用，但需要另行購置一塊於不同場所使用
其他：_____

4. 身體功能與構造：

輔具使用之相關診斷(可複選)：	
<input type="checkbox"/> 中風偏癱(左/右) <input type="checkbox"/> 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) <input type="checkbox"/> 腦性麻痺或發展遲緩 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 <input type="checkbox"/> 運動神經元疾病 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
身體尺寸量測：身高約_____公分，體重約_____公斤	
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"/> 坐姿時骨盆經常向： <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右滑動 <input type="checkbox"/> 向前/後傾斜；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
	脊柱 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis) <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis)
	髖部 <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：_____
易導致褥瘡發生的危險因子	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 皮膚清潔狀況不佳 <input type="checkbox"/> 營養不良 <input type="checkbox"/> 臀部皮下軟組織厚度不足 <input type="checkbox"/> 異常骨突結構 <input type="checkbox"/> 周邊血管病變異常 <input type="checkbox"/> 有皮膚感染或疾病 <input type="checkbox"/> 經常性摩擦 <input type="checkbox"/> 臀部皮膚感覺異常或喪失 <input type="checkbox"/> 其他：_____
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
配合座墊使用之輔具	座面尺寸(座寬×座深)：_____吋×_____吋 支撐面： <input type="checkbox"/> 硬板 <input type="checkbox"/> 布面 <input type="checkbox"/> 1.手動輪椅： <input type="checkbox"/> 介護型 <input type="checkbox"/> 自推型 座椅姿勢或角度變換的減壓功能： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2.電動輪椅：座椅姿勢或角度變換的減壓功能： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手動操作 <input type="checkbox"/> 電動操作 <input type="checkbox"/> 3.擺位椅(非移行輔具) <input type="checkbox"/> 4.其他：_____
	<input type="checkbox"/> 獨立將身起撐起進行臀部減壓 <input type="checkbox"/> 藉由座椅姿勢或角度變換進行減壓 <input type="checkbox"/> 藉由身體重心偏移進行減壓 <input type="checkbox"/> 無自主減壓能力，或減壓效率不彰
座墊操作能力	1. 移位時放置或改變座墊位置的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 2. 檢視座墊使用狀態的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 3. 充氣、加水或調整座墊壓力的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 4. 保養或修補座墊的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

座墊型式 與材質 (勾選項目僅擇 一補助)	<input type="checkbox"/> A 款(連通管型氣囊氣墊座-塑膠材質): 氣囊數量應大於 20 顆, 且氣囊高度應大於 2 英吋。 <input type="checkbox"/> B 款(連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質): 氣囊數量應大於 20 顆, 且氣囊高度應大於 2 英吋。 <input type="checkbox"/> C 款(液態凝膠座墊): 應搭配適形泡棉底座, 其凝膠覆蓋面積不得小於座墊二分之一, 且凝膠厚度需大於 1 英吋。 <input type="checkbox"/> D 款(固態凝膠座墊): 應搭配適形泡棉底座, 其凝膠覆蓋面積不得小於座墊二分之一, 且凝膠厚度需大(等)於 1 英吋。 <input type="checkbox"/> E 款(填充式氣囊氣墊座): 高度需大於 2 英吋。 <input type="checkbox"/> F 款(交替充氣型座墊): 應含電動空氣幫浦及交替充氣功能之氣囊組。 <input type="checkbox"/> G 款(量製型座墊): 應依個別需求取模製作座墊。
尺寸	座寬: _____吋, 座深: _____吋, 未乘坐時座墊高度: _____公分
擺位調整	<input type="checkbox"/> 無需進行特殊調整功能 <input type="checkbox"/> 需進行擺位調整功能, 調整如下: 前/後 半部的 左/右側 增加/減少 支撐 _____公分或 _____
覆套	<input type="checkbox"/> 彈性透氣覆套 <input type="checkbox"/> 彈性防水覆套 <input type="checkbox"/> 覆套底部止滑功能 <input type="checkbox"/> 覆套底部車縫黏釦帶
配件	<input type="checkbox"/> 降低座高的「沈入式座板」 <input type="checkbox"/> 增加座墊底部穩定性的底板 <input type="checkbox"/> 骨盆帶

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】

輪椅座墊之建議：

建議使用，補充說明：_____

(勾選項目僅擇一補助)

A 款(連通管型氣囊氣墊座-塑膠材質)

B 款(連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質)

C 款(液態凝膠座墊)

D 款(固態凝膠座墊)

E 款(填充式氣囊氣墊座)

F 款(交替充氣型座墊)

G 款(量製型座墊)

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：

實際採購類型	是否符合原處方輔具
<input type="checkbox"/> A 款(連通管型氣囊氣墊座-塑膠材質) <input type="checkbox"/> B 款(連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質) <input type="checkbox"/> C 款(液態凝膠座墊) <input type="checkbox"/> D 款(固態凝膠座墊) <input type="checkbox"/> E 款(填充式氣囊氣墊座) <input type="checkbox"/> F 款(交替充氣型座墊) <input type="checkbox"/> G 款(量製型座墊)	<input type="checkbox"/> 完全符合 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 功能、形式或規格與原處方有顯著差異，不符原處方精神 <input type="checkbox"/> 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：_____

