

## 輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：23

輔具項目名稱：脊柱矯具

### 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 社區、公園或學校 經常需要上下階梯  
經常需要彎腰、蹲下、或乘坐矮凳
3. 脊柱矯具功能：保護 預防變形惡化 矯正變形 其他特殊需求：\_\_\_\_\_
4. 輔具穿著獨立性：獨立完成 他人部分協助 他人完全協助
5. 目前使用的脊柱矯具：  
(1)已使用：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月(尚未使用者免填) 使用年限不明  
(2)現有脊柱矯具種類：支持性背架 A 款 支持性背架 B 款 脊柱側彎矯正背架  
(3)輔具來源：自購 健保 社政 勞政 教育 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：內政部多功能輔具資源整合推廣中心 設計單位：臺北榮民總醫院身障重建中心

(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，但需要另行購置一具於不同場所使用

其他：\_\_\_\_\_

6. 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 運動神經元疾病 骨折或關節炎

心肺功能疾病 腦外傷 其他：\_\_\_\_\_

7. 皮膚感覺：正常 異常：\_\_\_\_\_ 喪失：\_\_\_\_\_ 無法施測，原因：\_\_\_\_\_

8. 皮膚狀況：無破損

有破損，位置：\_\_\_\_\_

9. 循環與呼吸系統功能：正常 呼吸功能障礙 心臟功能障礙 血管功能障礙

淋巴水腫 其他：\_\_\_\_\_

10. 雙下肢長度：相等 不相等，\_\_\_\_\_側，短\_\_\_\_\_公分

11. 肌力及柔軟度：無異常

異常，腹部屈肌：肌力不足 長度太長 長度太短 張力過強

大腿屈肌：肌力不足 長度太長 長度太短 張力過強

下背伸肌：肌力不足 長度太長 長度太短 張力過強

臀部伸肌：肌力不足 長度太長 長度太短 張力過強

12. 脊柱前後曲度：無異常

異常，頸椎：過大 不足

胸椎：過大 不足

腰椎：過大 不足

13. 脊柱側彎類型：C 型 S 型

角度：\_\_\_\_\_，主要凸向：\_\_\_\_\_側，頂點位置：\_\_\_\_\_

預期脊柱變形是否惡化：是 否

脊柱變形是否需矯正：是 否

14. 需支持或保護之脊柱範圍：第二腰椎：以上 以下

需限制軀幹動作：前彎 後彎 側彎 旋轉

15. 有無接受矯正手術或裝有內固定：無 有

### 三、規格配置建議

#### 1. 輔具規格配置：

配置項目	配置日期： 年 月 日	
背架種類	<input type="checkbox"/> 頸胸腰薦椎背架 <input type="checkbox"/> 頸胸椎背架 <input type="checkbox"/> 胸腰薦椎背架 <input type="checkbox"/> 腰薦椎背架 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
項目	<input type="checkbox"/> 支持性背架 <input type="checkbox"/> A 款：含金屬立柱、胸帶、及骨盆帶，並能限制軀幹動作。 <input type="checkbox"/> B 款：以石膏於軀幹取模，並以高溫熱塑型材料量身訂製。 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎矯正背架：根據三點壓力原理，而能積極矯正脊柱側彎及旋轉變形之取模製作背架。	
零組件	背架主體材質	<input type="checkbox"/> 金屬 <input type="checkbox"/> 塑膠 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	其他配件	<input type="checkbox"/> 骨盆帶 <input type="checkbox"/> 束腹帶 <input type="checkbox"/> 加強固定帶 <input type="checkbox"/> 脊柱旁支撐 <input type="checkbox"/> 其他：_____

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】

脊柱矯具之建議：

- 建議使用，補充說明：\_\_\_\_\_
- 支持性背架 A 款
- 支持性背架 B 款
- 脊柱側彎矯正背架
- 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，建議修改調整部位：\_\_\_\_\_
- 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