

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

- 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：_____
- 活動需求(可複選)：☐個案獨立浴廁 ☐由照顧者協助浴廁 ☐其他：_____
- 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：_____
- 人力支持情況(可複選)：☐獨居 ☐有同住者 ☐有專業人力協助：_____ ☐其他：_____
- 目前使用的移動式身體清洗槽(尚未使用者免填)：
 - 輔具種類：☐局部型 ☐全身型 ☐其他：_____
 - 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：_____
 - 已使用約：_____年 ☐使用年限不明
 - 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：_____

6. 目前使用的沐浴椅(尚未使用者免填)：

(1)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(2)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：_____(3)已使用約：_____年 ☐使用年限不明(4)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：_____

7. 目前使用的便盆椅(尚未使用者免填)：

(1)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(2)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：_____(3)已使用約：_____年 ☐使用年限不明(4)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			

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：_____

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：_____		

2. 其他建議：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印