

輔具評估報告格式編號：7

輔具項目名稱：視覺及相關輔具

附件一 功能性視覺評估表

一、基本資料

1.姓名：	2.身分證字號：	3.生日：	年	月	日
4.評估環境描述：		地點：	天候：		
5.眼睛相關疾病史(以敘述方式說明)：					
6.有無配戴眼鏡： ☐ 無 ☐ 單焦 ☐ 雙焦 ☐ 多焦 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 太陽眼鏡(顏色：)					
☐ 其他：					
有無幫助： ☐ 有，助於： ☐ 無，原因：					

二、評估目的及使用情境

三、評估項目

1. 一般視力狀況：

(1)眼睛外觀(可複選)：

右眼：☐正常 ☐角膜混濁 ☐鞏膜、結膜充血 ☐眼瞼(閉合/下垂/不能閉合) ☐其他：☐眼球震顫，形容情形：☐斜視：☐偏上 ☐偏下 ☐偏內 ☐偏外左眼：☐正常 ☐角膜混濁 ☐鞏膜、結膜充血 ☐眼瞼(閉合/下垂/不能閉合) ☐其他：☐眼球震顫，形容情形：☐斜視：☐偏上 ☐偏下 ☐偏內 ☐偏外(2)有無偏好使用一眼：☐無 ☐右眼 ☐左眼(3)有無轉動眼球、頭、或身體來觀看物體：☐無 ☐有，描述動作：(4)有無眯著眼睛看東西：☐無 ☐有，形容情形：

(5)光線敏感度：

畏光：☐無 ☐有，說明：眩光：☐無 ☐有，說明：

(6)天候與時段影響：

影響最為明顯	☐ 最佳天候及最佳時段(視力最佳)	☐ 不佳天候及不佳時段(視力最差)
天候	☐ 無差別 ☐ 豔陽 ☐ 晴天 ☐ 陰天 ☐ 雨天	☐ 無差別 ☐ 豔陽 ☐ 晴天 ☐ 陰天 ☐ 雨天
時段	☐ 無差別 ☐ 清晨 ☐ 上午 ☐ 下午 ☐ 黃昏 ☐ 晚上	☐ 無差別 ☐ 清晨 ☐ 上午 ☐ 下午 ☐ 黃昏 ☐ 晚上

(7)明/暗適應：☐可，無明顯明暗適應問題☐不佳：☐戶外↔戶內 ☐人行道↔騎樓 ☐大樓、行道樹陰影☐夜間無路燈或較暗巷道 ☐夜間路燈/車燈/招牌刺眼 ☐其他：

(8)無法表現功能性視覺能力時，請填此項：

A. 注視能力(眼睛可以停留在某件物品上至少看著三秒鐘)：

☐可 ☐有困難，說明：_____

B. 追視(眼睛能一直跟著移動中的物品而移動)：

☐可 ☐有困難，說明：_____

C. 注視力轉移(眼睛的注視力可從甲物轉到乙物上面)：

☐可 ☐有困難，說明：_____

D. 掃描(眼睛可依循著一個方向找靜態的東西)：

☐可 ☐有困難，說明：_____

E. 主體背景分辨能力(觀看賣場海報時，可以辨認海報上的其中一項物品)：

☐可 ☐有困難，說明：_____

F. 遠近調適力(看到距離三公呎或以上的文字時，可以一邊抬頭看，一邊將其抄寫下來)：

☐可 ☐有困難，說明：_____

2. 遠距離(300公分以上)視覺功能：

(1)遠距離視覺功能表現：☐裸視 ☐矯正

施測(閱讀)工具	施測結果(自然燈光)	施測結果(依需求評估調整，可複選) ☐ 加光 ☐ 減光 ☐ 其他調整，說明：_____
☐ Lea numbers (標準距離300公分)	實測距離：_____公分 視力值(計算後數值)： ☐ 右眼：_____ ☐ 左眼：_____ ☐ 雙眼：_____	實測距離：_____公分 視力值(計算後數值)： ☐ 右眼：_____ ☐ 左眼：_____ ☐ 雙眼：_____
☐ 其他施測方法與結果：_____		

(2)最喜歡或必須做的遠距離活動(說明困難時請具體說明環境光線、視距、欲閱讀的文字大小與顏色對比及執行表現)：

☐辨認人臉：☐順利執行，距離：_____ ☐有困難，說明：_____☐看黑板/白板：☐順利執行，距離：_____ ☐有困難，說明：_____☐看電影：☐順利執行，距離：_____ ☐有困難，說明：_____☐室內行走：熟悉環境：☐順利執行 ☐有困難，☐踢、撞到障礙物 ☐上下樓梯 ☐其他：_____陌生環境：☐順利執行 ☐有困難，☐踢、撞到障礙物 ☐上下樓梯 ☐其他：_____☐室外行走：熟悉環境：☐順利執行 ☐有困難，☐踢、撞到障礙物 ☐上下樓梯 ☐其他：_____陌生環境：☐順利執行 ☐有困難，☐踢、撞到障礙物 ☐上下樓梯 ☐其他：_____☐搭乘公共交通工具：☐順利執行：☐公車 ☐計程車 ☐捷運/臺鐵/高鐵 ☐復康巴士 ☐其他：_____☐有困難：☐公車 ☐計程車 ☐捷運/臺鐵/高鐵 ☐復康巴士 ☐其他：_____☐路標、招牌辨識：☐順利執行 ☐有困難，說明：_____☐購物：☐順利執行 ☐有困難，說明：_____☐其他：_____：☐順利執行 ☐有困難，說明：_____

3. 中距離(40至300公分)視覺功能：

最喜歡或必須做的中距離活動：

☐用視覺觀看電視節目內容：☐順利執行，距離：_____ ☐有困難，說明：_____☐操作電腦：☐順利執行 ☐有困難，說明：_____

(1)操作頻率：_____

(2)螢幕大小：_____英吋

(3)眼睛與螢幕之距離：_____公分

(4)螢幕亮度、字體大小和顏色：☐無調整 ☐有調整，_____(5)游標顏色和大小：☐無調整 ☐有調整，_____(6)另備輔助工具：☐無 ☐有，說明：_____

(7)眼睛與鍵盤之距離：_____公分

(8)鍵盤字體大小及顏色調整：☐無調整 ☐有調整，_____☐其他活動_____：☐順利執行 ☐有困難，說明：_____

4. 近距離(40公分以下)視覺功能：

(1)近距離視覺功能表現：☐裸視 ☐矯正

施測(閱讀)工具	施測結果(自然燈光)	施測結果(依需求評估調整，可複選) ☐ 加光 ☐ 減光 ☐ 其他調整，說明：_____
☐ 字卡 最佳辨識字型： ☐ 標楷體 ☐ 細明體 ☐ 其他_____	實測距離：_____公分 文字大小 舒適：_____號字/字高_____公分 最小：_____號字/字高_____公分	實測距離：_____公分 文字大小 舒適：_____號字/字高_____公分 最小：_____號字/字高_____公分
☐ Lea numbers (標準距離40公分)	實測距離：_____公分 視力值(計算後數值)： ☐ 右眼：_____ ☐ 左眼：_____ ☐ 雙眼：_____	實測距離：_____公分 視力值(計算後數值)： ☐ 右眼：_____ ☐ 左眼：_____ ☐ 雙眼：_____
☐ 其他施測方法與結果說明：_____		
評估觀察	☐ 漏字或跳行 ☐ 行間距影響 ☐ 字間距影響 ☐ 其他：_____	☐ 漏字或跳行 ☐ 行間距影響 ☐ 字間距影響 ☐ 其他：_____

(2)近距離對比敏感度：

施測工具：☐Low Contrast Flip Charts：施測距離：☐標準距離40公分 ☐調整距離_____公分閾值：☐1.25% ☐2.5% ☐5% ☐10% ☐25% ☐無法辨識視標☐The Mars Letter Contrast Sensitivity Test：施測距離：☐標準距離41~59公分 ☐調整距離_____公分施測結果：☐一般 ☐中度損失 ☐重度損失 ☐極重度損失 ☐無法辨識視標☐其他：_____

(3)螢幕使用偏好：

A. 閱讀螢幕資訊時，偏好使用：

☐原色模式 ☐白底黑字 ☐黑底白字 ☐黃底黑字 ☐其他(請依上述方式說明)：_____

B. 使用擴視機閱讀紙本資料時，偏好使用：

☐原色模式 ☐白底黑字 ☐黑底白字 ☐黃底黑字 ☐其他(請依上述方式說明)：_____

(4)最喜歡或必須做的近距離活動：

☐操作手機/平板：☐順利執行，☐放大 ☐語音 ☐其他：_____☐有困難，說明：_____

眼睛與螢幕之距離：_____公分

☐目前喜歡或需要閱讀什麼：☐帳單、收據 ☐回診單、藥袋、處方箋等醫療單據 ☐報紙☐書籍、雜誌 ☐其他：_____目前是否搭配輔具：☐否 ☐是，輔具：☐放大鏡 ☐擴視機 ☐手機 ☐其他：_____☐書寫的字可辨識嗎：☐是 ☐重疊 ☐寫不直 ☐大小不一 ☐其他：_____書寫距離：☐30 公分 ☐20 公分 ☐10 公分 ☐5 公分 ☐其他：_____公分☐其他活動：_____：☐順利執行 ☐有困難，說明：_____

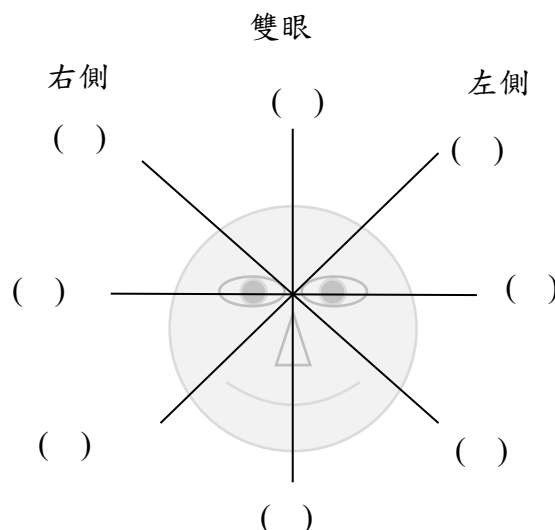
5. 色覺

☐色票，結果：☐正常 ☐色弱，可辨識☐黑 ☐白 ☐紅 ☐橙 ☐黃 ☐綠 ☐藍 ☐紫 ☐棕色☐PV-16，結果：☐正常 ☐紅色弱(盲) ☐綠色弱(盲) ☐藍色弱(盲)

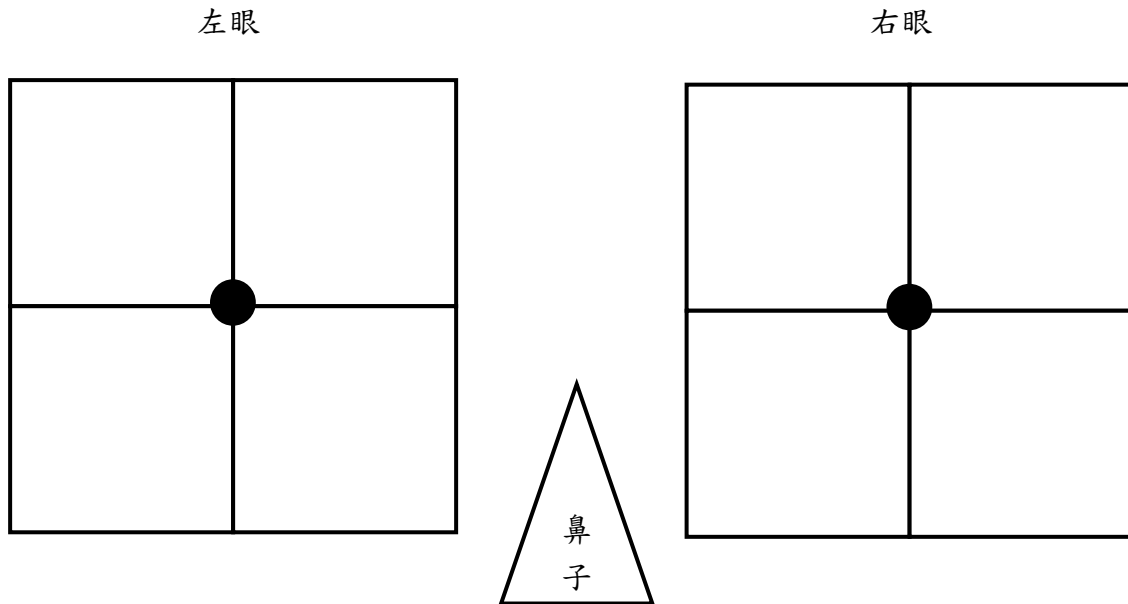
6. 視野

☐周邊視野：對坐法於_____公分施測，目標物直徑_____公分，目標物顏色：_____

()內請填視野角度



☐ 中心視野：於下方表格標示個案視野範圍



四、評估結果統整(主要記錄「目前可能影響案主的生活和獨立性之視覺功能表現」)

- ☐ 視力方面：
- ☐ 遠距離視力：_____
 - ☐ 中距離視力：_____
 - ☐ 近距離視力：_____
- ☐ 視野方面：_____
- ☐ 對比敏感度：_____
- ☐ 光線敏感度：_____
- ☐ 顏色辨識：_____
- ☐ 眼球動作：_____
- ☐ 斜視：_____
 - ☐ 震顫：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印