

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：10

輔具項目名稱：人工講話器

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： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
9.身心障礙類別(可複選)： <input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 第四類 <input type="checkbox"/> 第五類 <input type="checkbox"/> 第六類 <input type="checkbox"/> 第七類 <input type="checkbox"/> 第八類 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
10.身心障礙程度分級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 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 職場 社區 社交場合 學校 其他：_____
- 活動需求(可複選)：日常溝通 外出辦事，如就醫、購物 職場溝通 社交 其他：_____
- 使用環境特性(可複選)：
 - 環境安靜
 - 環境嘈雜，說明(如背景噪音、人數眾多)：_____
 - 需同時對多人說話，說明(如報告、開會、演講、上課)：_____
- 人力支持情況(可複選)：獨居 有同住者 有專業人力協助：_____ 其他：_____
- 目前使用的人工講話器(尚未使用者免填)：
 - 輔具種類：人工講話器-氣動式 人工講話器-電動式 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情境使用
 - 其他：_____

三、身體功能與構造及輔具使用相關評估

1. 健康狀況：

與輔具使用之 相關診斷(可複選)		<input type="checkbox"/> 喉頭頸癌(_____) <input type="checkbox"/> 呼吸障礙(氣切、使用氧氣機、使用呼吸器、其他_____) <input type="checkbox"/> 其他：_____	
曾接受過的 治療(可複選)		<input type="checkbox"/> 手術治療(主手術開刀日期：_____)： <input type="checkbox"/> 全喉切除 <input type="checkbox"/> 咽切除(全、部分) <input type="checkbox"/> 食道切除(全、部分) <input type="checkbox"/> 舌切除(全、部分) <input type="checkbox"/> 頸部淋巴廓清術(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側) <input type="checkbox"/> 放射治療 <input type="checkbox"/> 化學治療 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
目前或曾經罹患 下列疾病		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(可複選)： <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 腦外傷 <input type="checkbox"/> 運動神經元疾病 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
感官 功能	視知覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 有戴眼鏡，效能佳 <input type="checkbox"/> 有戴眼鏡，效能不佳 <input type="checkbox"/> 未戴眼鏡	
	聽知覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 有使用輔具(助聽器、人工電子耳)，效能佳 <input type="checkbox"/> 有使用輔具(助聽器、人工電子耳)，效能不佳 <input type="checkbox"/> 無輔具	
呼吸功能		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 氣管造口太小，呼吸不順暢 <input type="checkbox"/> 功能不佳，尚不需相關輔具輔助呼吸，說明：_____ <input type="checkbox"/> 功能不佳，需相關輔具輔助呼吸，說明：_____	
頸部肌肉組織		<input type="checkbox"/> 柔軟度尚可 <input type="checkbox"/> 僵硬，柔軟度不佳 <input type="checkbox"/> 肥厚 <input type="checkbox"/> 疤痕 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
生活自理及氣管 造口清潔照護能力		<input type="checkbox"/> 可完全自理 <input type="checkbox"/> 需協助： <input type="checkbox"/> 需少部分協助 <input type="checkbox"/> 需大部分協助 <input type="checkbox"/> 需完全協助 目前主要協助者與個案關係：_____ 年齡：_____ 是否能協助個案使用此輔具： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

2. 口腔構造與功能：

顏面構造	臉部	<input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 缺損	下頰	<input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 缺損
	齒列	<input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 缺損	舌頭	<input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 缺損
	硬顎	<input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 缺損	軟顎	<input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 缺損
動作與功能	雙唇	<input type="checkbox"/> 會連續發一ㄨ <input type="checkbox"/> 可執行 kiss 動作 <input type="checkbox"/> 閉合不好		
	舌頭	<input type="checkbox"/> 會靈活轉動 <input type="checkbox"/> 能移動但有限制 <input type="checkbox"/> 無法移動		
	下頰	<input type="checkbox"/> 動作協調、正確咀嚼 <input type="checkbox"/> 只能上下動咀嚼 <input type="checkbox"/> 開閉緩慢 <input type="checkbox"/> 張口困難(<35公厘)		
	顎咽閉鎖功能	<input type="checkbox"/> 軟顎上提佳 <input type="checkbox"/> 軟顎上提有限制 <input type="checkbox"/> 軟顎無法上提		
	口水控制	<input type="checkbox"/> 控制良好 <input type="checkbox"/> 有時流口水 <input type="checkbox"/> 經常流口水		

3. 語言溝通能力：

日常語言理解 及表達能力	理解及表達自己的基本資料(回答本報告書第一部分)： <input type="checkbox"/> 自己獨立完成 <input type="checkbox"/> 需部份協助 <input type="checkbox"/> 大部分需要他人協助
	回應日常一般對談： <input type="checkbox"/> 自己獨立完成 <input type="checkbox"/> 需部份協助 <input type="checkbox"/> 大部分需要他人協助
目前的溝通方式	<input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 人工講話器-氣動式 <input type="checkbox"/> 人工講話器-電動式 <input type="checkbox"/> 食道語 <input type="checkbox"/> 氣管食道語 <input type="checkbox"/> 肢體動作表情 (請依使用率排出順序1、2、3，1代表最常使用的方式)

4. 人工講話器操作使用能力(尚未使用者免填)：

現有輔具種類	<input type="checkbox"/> 人工講話器-氣動式 <input type="checkbox"/> 人工講話器-電動式
操作能力	<input type="checkbox"/> 可自己完成操作 <input type="checkbox"/> 需部份協助，學習效果佳 <input type="checkbox"/> 操作不佳，須很多協助
使用效能	<input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不佳，說明：_____

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

補助項目	使用理由
<input type="checkbox"/> 項次 92 人工講話器-氣動式	
<input type="checkbox"/> 項次 93 人工講話器-電動式	

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：

溝通輔具分類	建議之溝通輔具產品	補助相關規定
人工講話器	<input type="checkbox"/> 氣動式	氣動式及電動式僅擇一申請
	<input type="checkbox"/> 電動式	
其他特殊需求	<input type="checkbox"/> 人工講話器-氣動式與氣管造口貼合的軟墊需修整 <input type="checkbox"/> 其他：_____	

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