**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

* 1. 有無偏好使用一眼：□無 □右眼 □左眼
	2. 有無轉動眼球、頭、或身體來觀看物體：□無 □有，描述動作：
	3. 有無瞇著眼睛看東西：□無 □有，形容情形：
	4. 光線敏感度：

畏光：□無 □有，說明：

眩光：□無 □有，說明：

* 1. 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 |

* 1. 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：

* 1. 無法表現功能性視覺能力時，請填此項：
1. 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：

1. 追視(眼睛能一直跟著移動中的物品而移動)：

□可 □有困難，說明：

1. 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：

1. 掃描(眼睛可依循著一個方向找靜態的東西)：

□可 □有困難，說明：

1. 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：

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

□可 □有困難，說明：

1. 遠距離(300公分以上)視覺功能：
2. 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：  |

1. 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：

1. 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：

1. 近距離(40公分以下)視覺功能：
2. 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：  |

1. 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：

1. 螢幕使用偏好：
2. 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)：

1. 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)：

1. 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：

1. 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)

1. 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

( )

( )

雙眼

右側

 左側

( )

( )

( )

( )

( )

( )

□中心視野：於下方表格標示個案視野範圍

 左眼 右眼

鼻子

**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：

評估單位用印

評估單位：

評估人員： 職稱：

評估日期：