**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：□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**

1. 預計使用的場合(可複選)：□居家 □職場 □社區 □社交場合 □學校 □其他：
2. 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：
3. 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)：

1. 人力支持情況(可複選)：□獨居 □有同住者 □有專業人力協助： □其他：
2. 目前使用的人工講話器(尚未使用者免填)：
3. 輔具種類：□人工講話器-氣動式 □人工講話器-電動式 □其他：
4. 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：

1. 已使用約： 年 □使用年限不明
2. 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) | □喉頭頸癌( )□呼吸障礙(氣切、使用氧氣機、使用呼吸器、其他 )□其他：  |
| 曾接受過的治療(可複選) | □手術治療(主手術開刀日期： )：□全喉切除 □咽切除(全、部分) □食道切除(全、部分) □舌切除(全、部分) □頸部淋巴廓清術(□左側 □右側)□放射治療□化學治療 □其他：  |
| 目前或曾經罹患下列疾病 | □無□有(可複選)：□中風 □巴金森氏症 □腦外傷 □運動神經元疾病□肌肉萎縮症 □失智症 □其他：  |
| 感官功能 | 視知覺 | □正常□異常：□有戴眼鏡，效能佳 □有戴眼鏡，效能不佳 □未戴眼鏡 |
| 聽知覺 | □正常□異常：□有使用輔具(助聽器、人工電子耳)，效能佳□有使用輔具(助聽器、人工電子耳)，效能不佳 □無輔具 |
| 呼吸功能 | □正常 □氣管造口太小，呼吸不順暢□功能不佳，尚不需相關輔具輔助呼吸，說明： □功能不佳，需相關輔具輔助呼吸，說明：  |
| 頸部肌肉組織 | □柔軟度尚可 □僵硬，柔軟度不佳 □肥厚 □疤痕 □其他：  |
| 生活自理及氣管造口清潔照護能力 | □可完全自理□需協助：□需少部分協助 □需大部分協助 □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：□是 □否 |

1. 口腔構造與功能：

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

1. 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)：□自己獨立完成 □需部份協助 □大部分需要他人協助 |
| 回應日常一般對談：□自己獨立完成 □需部份協助 □大部分需要他人協助 |
| 目前的溝通方式 | □筆談 □人工講話器-氣動式 □人工講話器-電動式 □食道語□氣管食道語 □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) |

1. 人工講話器操作使用能力(尚未使用者免填)：

|  |  |
| --- | --- |
| 現有輔具種類 | □人工講話器-氣動式 □人工講話器-電動式 |
| 操作能力 | □可自己完成操作 □需部份協助，學習效果佳 □操作不佳，須很多協助 |
| 使用效能 | □很好 □尚可 □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 |
| □項次92 人工講話器-氣動式 |  |
| □項次93 人工講話器-電動式 |

1. 是否需要接受使用訓練：□需要 □不需要
2. 是否需要安排追蹤時間：□需要 □不需要
3. 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 | □氣動式 | 氣動式及電動式僅擇一申請 |
| □電動式 |
| 其他特殊需求 | □人工講話器-氣動式與氣管造口貼合的軟墊需修整□其他：  |

1. 其他建議：

評估單位用印

評估單位：

評估人員： 職稱：

評估日期：