**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：19**

**輔具項目名稱：居家無障礙修繕及輔具**

**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：
2. 目前居家生活環境所遭遇之困難簡述：

1. 修繕及輔具使用目的(可複選)：

□安全防護目的之空間 □改善垂直通路障礙之場合 □改善水平通路障礙之場合

□空間配置調整 □環境提醒與動線調整 □其他：

1. 活動需求(依個案情況勾選，可複選)：
2. 居家生活角色：□受照顧者 □在家休養 □居家工作者 □外出工作者 □家務執行

□其他：

1. 執行日常活動：□獨立完成 □部分依賴 □完全依賴 □其他：

說明：

1. 生活起居活動範圍：□僅為出入層1層 □包含出入層 層，從 層〜 層

(目前升降設備：□無 □電梯 □軌道式樓梯升降機 □其他 )

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：

目前主要照顧者與使用者關係：

1. 有無特殊活動需求：□無 □有：
2. 使用環境特性(依個案情況勾選，可複選)：
3. 房屋型式：□平房 □透天厝(地上 層) □公寓(地上 層，居住樓層： 樓)

□大廈(地上 層，居住樓層： 樓) □其他：

1. 目前使用的輔具：
2. 目前主要居家移行或移位輔具(可複選)：

水平移行(含跨越門檻)：□不需要輔具 □扶手 □拐杖： □助行器 □輪椅

□電動輪椅 □電動代步車 □移位機 □其他：

垂直移行：□不需要垂直移行 □不需要輔具 □扶手 □拐杖： □助行器

□輪椅 □爬梯機 □電梯 □軌道式樓梯升降機 □其他：

1. 個案居家生活空間已修繕之設備或環境說明(說明已修繕項目或輔具項目之位置與規格內容等相關資訊，尚未使用者免填)：

**三、身體功能與構造及輔具使用相關評估**

1. 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(影響部位： ) □關節炎 □智能障礙 □心肺功能疾病

□肝腎疾病 □視覺障礙 □罕見疾病(疾病名： ) □癌症(影響部位： )

□其他：

1. 身體功能與構造評估：
2. 身體尺寸：身高約： 公分，體重約： 公斤
3. 視覺：□正常 □低視能 □全盲
4. 視知覺：□正常 □尚可 □差(影響操作之安全性) □其他：
5. 視力可見之最佳天候及最佳時段：

天候：□無差別 □大晴天 □晴天 □陰天 □雨天

時段：□無差別 □清晨 □上午 □下午 □黃昏 □晚上

1. 明暗適應能力：□可 □不佳
2. 聽覺：□正常 □異常 □喪失 □其他：
3. 執行粗大動作能力：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 獨立完成 | 部份協助 | 大量協助 | 無法執行 | 不須評估 | 輔具使用或其他補充說明 |
| 坐 | □ | □ | □ | □ | □ |  |
| 坐↔站 | □ | □ | □ | □ | □ |  |
| 站 | □ | □ | □ | □ | □ |  |
| 平地行走 | □ | □ | □ | □ | □ |  |
| 斜坡行走 | □ | □ | □ | □ | □ |  |
| 樓梯行走 | □ | □ | □ | □ | □ |  |
| 跨越門檻 | □ | □ | □ | □ | □ |  |

1. 執行精細動作能力：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 精細動作 | 個別手指動作 | 抓握能力 | 功能操作 |
| 右手 | 左手 | 右手 | 左手 | 右手 | 左手 |
| 良好 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 尚可 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 不好 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 極差 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 無法執行 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 補充說明 |  |

1. 居家環境經評估後建議改善空間(可複選)：

□主要出入口 □水平通路 □垂直通路 □浴廁空間 □臥房空間 □廚房空間

□其他：

1. 各主要生活空間環境障礙現況問題(僅需列出障礙空間，可複選)：

|  |  |
| --- | --- |
| 主要出入口 | □門片：○寬度不足 ○高度不足 ○門片類型不當 ○門片過重 ○裝設位置不當○門把類型不當 ○其他： □門前平台材質易滑或止滑效果不佳□門檻或高低差：○門檻過高 ○有高低差 ○其他： □斜坡：○坡度過陡 ○材質不當 ○無防滑措施 ○其他： □無扶手設置或扶手設置不當□對比不當□明暗度：○照明不足 ○照明過度 ○反光干擾上述障礙原因或尺寸說明：  |
| 水平通路 | □無扶手設置 □扶手設置不當 □地面高低差或不平整 □地面止滑效果不佳 □走道寬度不足：○牆面間距離不足 ○物品堆放導致寬度不足 ○其他： □對比不當□明暗度：○照明不足 ○照明過度 ○反光干擾□其他障礙： 上述障礙原因或尺寸說明：  |
| 垂直通路 | □斜坡：○坡度過陡 ○材質不當 ○無防滑措施 ○其他：  |
| □樓梯：○無扶手(缺◇單側 ◇雙側) ○缺乏電動移位裝置樓梯型式：□直通型 □轉折型 □L型 □旋轉梯 □其他型式： 平台類型：□方形無階 □方形有階 □非方形階梯尺寸(平均尺寸)：級寬a 公分，級深b 公分，級高c 公分，相鄰兩階斜邊長d 公分，傾角e 度，樓梯平台寬度f 公分，深度g 公分，其他： □電梯：○電梯外有階梯 ○尺寸不符使用 ○其他： □其他垂直通路問題：  |  |
| 上述障礙原因或尺寸說明：  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 浴廁空間 | 浴廁門口 | □門片：○寬度不足 ○高度不足 ○門片類型不當 ○門片過重 ○裝設位置不當 ○門把類型不當 ○其他： □門前平台材質易滑或止滑效果不佳□門檻或高低差：○門檻過高 ○有高低落差 ○其他： □斜坡：○坡度過陡 ○材質不當 ○無防滑措施 ○其他： □無扶手設置或扶手設置不當□對比不當 □明暗度：○照明不足 ○照明過度 ○反光干擾□其他： 上述障礙原因或尺寸說明：  |
| 浴廁內部 | □內部空間不足□無扶手設置或扶手設置不當□地板濕滑或地板材質不防滑 | □對比不當□明暗度：○照明不足 ○照明過度 ○反光干擾□其他：  |
| 上述障礙原因或尺寸說明：  |
| 沐浴與浴缸 | □水龍頭型式不當 □無浴缸但有使用需求 □有裝設浴缸但型式不當 □無扶手設置或扶手設置不當□需使用其他替代輔具 | □水龍頭位置不當□有裝設浴缸但無使用需求 □有裝設浴缸但位置不當□地板材質防滑程度不足□其他：  |
| 上述障礙原因或尺寸說明：  |
| 馬桶 | □無馬桶但有使用需求 □有裝設馬桶但型式或位置不當□沖水裝置型式或位置不當□需使用其他替代輔具 | □有裝設馬桶但無使用需求 □馬桶座面高度不當□無扶手設置/扶手設置不當□其他：  |
| 上述障礙原因或尺寸說明：  |
| 洗臉台 | □無洗臉台(槽)但有使用需求 □有裝設洗臉台(槽)但型式不當□有裝設洗臉台(槽)但高度不當□水龍頭型式不當□無扶手設置□需使用其他替代輔具 | □有裝設洗臉台(槽)但無使用需求 □有裝設洗臉台(槽)但位置不當□洗臉台(槽)下方淨空間不足□水龍頭位置不當□扶手設置不當□其他：  |
| 上述障礙原因或尺寸說明：  |
| 臥室空間 | 臥室門口 | □門片：○寬度不足 ○高度不足 ○門片類型不當 ○門片過重 ○裝設位置不當 ○門把類型不當 ○其他： □門口區域地板材質易滑或止滑效果不佳□門檻或高低差：○門檻過高 ○有高低落差 ○其他： □斜坡：○坡度過陡 ○材質不當 ○無防滑措施 ○其他： □無扶手設置或扶手設置不當 □對比不當□明暗度：○照明不足 ○照明過度 ○反光干擾□其他： 上述障礙原因或尺寸說明：  |
| 臥室內部 | □臥房目前位置不利使用□架高式和式地板不利個案使用□櫥櫃位置影響個案活動□床鋪型式不合適□對比不當 | □內部空間不足□地板材質易滑或止滑效果不佳□無扶手設置或扶手設置不當□床鋪位置或高度不當□明暗度：○照明不足 ○照明過度 ○反光干擾□其他：  |
| 上述障礙原因或尺寸說明：  |
| 廚房空間 | 廚房門口 | □門片：○寬度不足 ○高度不足 ○門片類型不當 ○門片過重 ○裝設位置不當 ○門把類型不當 ○其他： □門口區域地板材質易滑或止滑效果不佳□門檻或高低差：○門檻過高 ○有高低落差 ○其他： □斜坡：○坡度過陡 ○材質不當 ○無防滑措施 ○其他： □無扶手設置或扶手設置不當□對比不當□明暗度：○照明不足 ○照明過度 ○反光干擾□其他： 上述障礙原因或尺寸說明：  |
| 廚房內部 | □內部空間不足□地板材質易滑或止滑效果不佳□水龍頭型式或位置不當□流理台型式或高度不適用□抽油煙機型式或位置不當□對比不當 | □無扶手設置或扶手設置不當 □地板容易因烹煮容易潮濕□有使用需求但無流理台□流理台下淨空間不足□爐具無法安全開關與使用□明暗度：○照明不足 ○照明過度 ○反光干擾□其他：  |
| 上述障礙原因或尺寸說明：  |
| 其他空間 |              |

**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或修繕；理由：

□建議使用，輔具或修繕地址(必填)：

| 項次 | 建議改善項目 | 空間位置(請填數量) | 總數量 | 單位 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主要出入口 | 水平通路 | 垂直通路 | 浴廁空間 | 臥室空間 | 廚房空間 | 其他 |
| 132 | 居家無障礙輔具-爬梯機(項次132〜134擇一申請) |  | □ | 台 |
| 133 | 居家無障礙修繕-軌道式樓梯升降機(項次132〜134擇一申請) |  | □ | 台 |
| 134 | 居家無障礙修繕-固定式動力垂直升降平台(項次132〜134擇一申請) |  | □ | 台 |
| 135 | 居家無障礙修繕-門簡易型(同扇門項次135、136擇一申請) |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 136 | 居家無障礙修繕-門進階型(同扇門項次135、136擇一申請) |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 137 | 居家無障礙修繕-固定式扶手 |  |  |  |  |  |  |  |  | 公分 |
| 138 | 居家無障礙修繕-可動式扶手 |  |  |  |  |  |  |  |  | 支 |
| 139 | 居家無障礙修繕-截水槽 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 140 | 居家無障礙修繕-改善高低差10公分以下 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 141 | 居家無障礙修繕-改善高低差20公分以下 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 142 | 居家無障礙修繕-改善高低差30公分以下 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 143 | 居家無障礙修繕-改善高低差超過30公分 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 144 | 居家無障礙修繕-水龍頭 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 145 | 居家無障礙修繕-防滑地磚 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 146 | 居家無障礙修繕-改善浴缸 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 147 | 居家無障礙修繕-改善洗臉台(槽) |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 148 | 居家無障礙修繕-改善馬桶 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 149 | 居家無障礙修繕-馬桶背靠 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 150 | 居家無障礙修繕-改善流理台 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 151 | 居家無障礙修繕-改善抽油煙機 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 152 | 居家無障礙修繕-隔間 |  |  |  |  |  |  |  |  | 平方公尺 |
| 153 | 居家無障礙修繕-壁掛式淋浴台 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 154 | 居家無障礙輔具-門檻斜角 |  |  |  |  |  |  |  |  | 塊 |
| 155 | 居家無障礙輔具-非固定式斜坡板(未達90公分) |  |  |  |  |  |  |  |  | 塊 |
| 156 | 居家無障礙輔具-非固定式斜坡板(90公分以上) |  |  |  |  |  |  |  |  | 塊 |
| 157 | 居家無障礙輔具-非固定式斜坡板(120公分以上) |  |  |  |  |  |  |  |  | 塊 |
| 158 | 居家無障礙輔具-非固定式斜坡板(150公分以上) |  |  |  |  |  |  |  |  | 塊 |
| 159 | 居家無障礙輔具-防滑措施 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 160 | 居家無障礙輔具-反光貼條或消光處理 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 161 | 居家無障礙輔具-馬桶扶手 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |
| 162 | 居家無障礙輔具-床邊扶手 |  |  |  |  |  |  |  |  | 處 |

1. 身心障礙者輔具費用補助項目與長期照顧給付與支付補助項目對照：

| 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 | 數量 |
| --- | --- | --- |
| □項次132 居家無障礙輔具-爬梯機 | □EH04 爬梯機(單趟) |  |
| □EH05 爬梯機(月) |  |
| □項次133 居家無障礙修繕-軌道式樓梯升降機 | 無此給付項目 |  |
| □項次134 居家無障礙修繕-固定式動力垂直升降平台 | 無此給付項目 |  |
| □項次135 居家無障礙修繕-門簡易型(單處) | □FA11 居家無障礙設施-門A款 |  |
| □項次136 居家無障礙修繕-門進階型(單處) | □FA12 居家無障礙設施-門B款 |  |
| □項次137 居家無障礙修繕-固定式扶手(每10公分) | □FA01 居家無障礙設施-扶手 |  |
| □項次138 居家無障礙修繕-可動式扶手(單支) | □FA02 居家無障礙設施-可動式扶手 |  |
| □項次139 居家無障礙修繕-截水槽(單處) | □FA11 居家無障礙設施-門A款 |  |
| □項次140 居家無障礙修繕-改善高低差10公分以下(單處) | □FA06 居家無障礙設施-固定式斜坡道 |  |
| □FA07 居家無障礙設施-架高式和式地板拆除 |  |
| □FA11 居家無障礙設施-門A款 |  |
| □項次141 居家無障礙修繕-改善高低差20公分以下(單處) | □FA06 居家無障礙設施-固定式斜坡道 |  |
| □FA07 居家無障礙設施-架高式和式地板拆除 |  |
| □FA11 居家無障礙設施-門A款 |  |
| □項次142 居家無障礙修繕-改善高低差30公分以下(單處) | □FA06 居家無障礙設施-固定式斜坡道 |  |
| □FA07 居家無障礙設施-架高式和式地板拆除 |  |
| □FA11 居家無障礙設施-門A款 |  |
| □項次143 居家無障礙修繕-改善高低差超過30公分(單處) | □FA06 居家無障礙設施-固定式斜坡道 |  |
| □FA07 居家無障礙設施-架高式和式地板拆除 |  |
| □FA11 居家無障礙設施-門A款 |  |
| □項次144 居家無障礙修繕-水龍頭(單處)(新增、改換) | □FA13 居家無障礙設施-水龍頭 |  |
| □項次145 居家無障礙修繕-防滑地磚(單處) | □FA10 居家無障礙設施-防滑措施 |  |
| □項次146 居家無障礙修繕-改善浴缸(單處)(新增、改換、移除-含原處填補) | □FA14 居家無障礙設施-改善浴缸(新增、改換、移除-居家環境改善含原處填補) |  |
| □項次147 居家無障礙修繕-改善洗臉台(槽)(單處)(新增、改換、移除-含原處填補) | □FA15 居家無障礙設施-改善洗臉台(槽)(新增、改換、移除-含原處填補) |  |
| □項次148 居家無障礙修繕-改善馬桶(單處)(新增、改換、移除-含原處填補) | □FA16 居家無障礙設施-改善馬桶(新增、改換、移除-含原處填補) |  |
| □項次149 居家無障礙修繕-馬桶背靠 | 無此給付項目 |  |
| □項次150 居家無障礙修繕-改善流理台(單處)(新增、改換) | □FA18 居家無障礙設施-改善流理台(新增、改換） |  |
| □項次151 居家無障礙修繕-改善抽油煙機(單處)(位置調整) | □FA19 居家無障礙設施-改善抽油煙機(位置調整) |  |
| □項次152 居家無障礙修繕-隔間(每平方公尺)(新增) | □FA09 居家無障礙設施-隔間 |  |
| □項次153 居家無障礙修繕-壁掛式淋浴台(單處) | □FA17 居家無障礙設施-壁掛式淋浴椅(床) |  |
| □項次154 居家無障礙輔具-門檻斜角(單側) | □FA03 居家無障礙設施-非固定式斜坡板A款 |  |
| □項次155 居家無障礙輔具-非固定式斜坡板(未達90公分) | □FA03 居家無障礙設施-非固定式斜坡板A款 |  |
| □項次156 居家無障礙輔具-非固定式斜坡板(90公分以上) | □FA04 居家無障礙設施-非固定式斜坡板B款 |  |
| □項次157 居家無障礙輔具-非固定式斜坡板(120公分以上) | □FA05 居家無障礙設施-非固定式斜坡板C款 |  |
| □項次158 居家無障礙輔具-非固定式斜坡板(150公分以上) | □FA05 居家無障礙設施-非固定式斜坡板C款 |  |
| □項次159 居家無障礙輔具-防滑措施(單處) | □FA10 居家無障礙設施-防滑措施 |  |
| □項次160 居家無障礙輔具-反光貼條或消光處理(單處) | □FA08 居家無障礙設施-反光貼條或消光 |  |
| □項次161 居家無障礙輔具-馬桶扶手 | 無此給付項目 |  |
| □項次162 居家無障礙輔具-床邊扶手 | 無此給付項目 |  |

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：
4. **規格配置建議**
5. 居家環境平面圖(若僅為簡易項目，經評估人員判定不需平面圖輔助說明者，此部分可省略)：

|  |
| --- |
| 居家環境現況簡易平面圖 |
| 居家環境改善建議簡易平面圖 |

1. 各空間使用問題及改善建議(建議**標示出各空間位置、個案動線等，欲改善空間可標明空間尺寸，並標明欲改善項目之相關數據，可附照片輔助說明**，如：有多間浴廁空間需改善則需逐間說明，或產品的主要規格說明)：

|  |
| --- |
| 空間位置：□主要出入口 □水平通路 □垂直通路 □浴廁空間 □臥房空間 □廚房空間□其他：  |
| 項次 | 建議改善項目 | 數量 | 單位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 現況問題說明與圖片/改善建議說明、模擬圖片與產品主要規格說明 |
|  |

(依照個案情況需求或空間不同增加此表格)

1. □建議於修繕或取得輔具時，與輔具中心聯繫預約免費的適配服務，可協助確認修繕或購買輔具符合使用需求，聯絡方式：
2. 其他備註或建議：

評估單位用印

評估單位：

評估人員： 職稱：

評估日期：