**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：24**

**輔具項目名稱：量身訂製之特製鞋**

**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)：□居家生活 □照顧機構 □校園學習 □職場就業 □社交活動

□戶外運動 □其他：

1. 活動需求(可複選)：□只能站立或移位 □室內活動 □戶外短距離行走，頻率： 小時/天

□中長距離行走(>1公里)，頻率： 小時/天

□休閒運動，頻率： 小時/天 □其他：

1. 使用環境特性(可複選)：□大致平坦 □經常通過不平路面 □經常需要跨越障礙物

□經常需要上下階梯 □經常需要行經斜坡 □其他：

1. 使用目的(可複選)：□提供保護 □穩定支撐 □適應或矯正變形 □減輕疼痛 □增進外觀

□協助行走步態 □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：
2. 目前使用的特製鞋(尚未使用者免填)：
3. 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，需重新製作

□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**

|  |
| --- |
| 輔具使用之相關診斷(可複選)：□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 □小兒麻痺 □骨折 □截肢 □關節炎 □先天變形 □周圍神經病變 □周圍血管病變 □其他：  |
| 行走能力(未用特製鞋評估，需使用者可附註□使用特製鞋評估)：□無法行走 □需他人協助 □可獨立行走於一般平坦路面 □可獨立行走於不平路面 □具高活動能力 □其他： 主要之步行輔具：□無 □單拐 □前臂拐 □腋下拐 □四腳拐 □助行器 □帶輪型助步車□其他：  |
| 下肢肌肉力量：□正常 □不足(下方請勾選，可複選) □無法量測左側：□髖 □膝 □踝 □足右側：□髖 □膝 □踝 □足狀況簡述：  |
| 下肢關節活動度：□正常 □受限(下方請勾選，可複選) □無法量測左側：□髖 □膝 □踝 □足 □趾右側：□髖 □膝 □踝 □足 □趾狀況簡述：  |
| 其他相關狀況：1. 異常反射：□無 □有，狀況簡述：
2. 神經受損：□無 □有，狀況簡述：
3. 異常肌肉張力：□無 □有，狀況簡述：
4. 認知能力：□正常 □尚可 □差，狀況簡述：
5. 淋巴水腫：□無 □輕微 □嚴重，狀況簡述：
6. 上肢功能障礙：□無 □有，狀況簡述：
7. 特製鞋穿著獨立性：□獨立完成 □他人部分協助 □他人完全協助
8. 其他可能影響特製鞋使用之情形：□無 □有，狀況簡述：
 |
| 身高約： 公分，體重約： 公斤 |
| 足部狀況(雙側不同時請於說明欄位備註)：1. 異常部位(下方請勾選，可複選)：

前足部：左側：□無 □內翻 □外翻 □內收 □外展 □其他： 右側：□無 □內翻 □外翻 □內收 □外展 □其他： 中足部：左側：□無 □扁平 □嚴重塌陷 □過高 □其他： 右側：□無 □扁平 □嚴重塌陷 □過高 □其他： 後足部：左側：□無 □內翻 □外翻 □其他： 右側：□無 □內翻 □外翻 □其他： 1. 皮膚感覺：□正常 □喪失 □敏感 □遲鈍 □無法量測
2. 皮膚狀況(可複選)：□正常 □紅腫 □有破損 □乾燥/脫皮 □濕疹/水泡 □其他：
3. 傷口：□無 □有， 公分 × 公分，位置： □其他：
4. 疼痛情形：□無 □局部，位置： □瀰漫性 □無法量測
5. 疼痛程度：□無 □輕微 □中等 □嚴重 □無法量測
6. 特殊註記(可複選，於下圖註記部位或文字描述)：

□無 □足繭/雞眼(C) □缺損(D) □植皮(G) □紅腫(R) □傷口(W) □疤痕(S) □潰瘍(U)□其他(O)： 描述： 2011-12-14 下午 04-53-50說明：  |
| 站姿評估(未用特製鞋評估，需使用者可附註□使用特製鞋評估)：1. 站立平衡：□正常 □尚可 □差 □無法量測
2. 軀幹位置：□正常 □向左偏移 □向右偏移 □胸椎後彎 □腰椎前凸 □其他：
3. 骨盆位置：□正常 □向左傾斜 □向右傾斜 □過度前傾 □過度後傾 □其他：
4. 下肢長度：□相等 □左側，短 公分 □右側，短 公分 □其他：
 |
| 步態評估(未用特製鞋評估，需使用者可附註□使用特製鞋評估)：1. 異常步態-主要觀察部位(可複選，雙側不同時請於說明欄位備註)：

軀幹：□向左偏移 □向右偏移 □過度前傾 □過度後傾骨盆：□向左傾斜 □向右傾斜 □過度前傾 □過度後傾 □搖擺步態 □提臀步態髖部：□剪刀步態 □蹲伏步態 □內八步態 □外八步態膝部：□過度屈曲 □反屈步態 □僵直步態 □膝內翻 □膝外翻足踝：□踮腳步態 □跟骨步態 □垂足步態 □足內翻 □足外翻 □足內旋 □足外旋其他： 說明： 1. 步態功能品質：

安全表現：□正常 □尚可 □差 □其他： 走路頻率：□正常 □尚可 □差 □其他： 走路速度：□正常 □尚可 □差 □其他： 整體耐力：□正常 □尚可 □差 □其他：  |

**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226 量身訂製特製鞋-楦頭修改(單腳) (□左側 □右側) |  |
| □項次227 量身訂製特製鞋-楦頭修改(雙腳) |
| □項次228 量身訂製特製鞋-新製開楦(單腳) (□左側 □右側) |
| □項次229 量身訂製特製鞋-新製開楦(雙腳) |

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(選項依需求可複選，雙側不同時請標示左/右)：

|  |  |
| --- | --- |
| 種類 | □量身訂製特製鞋-楦頭修改(單腳)：□左側 □右側□量身訂製特製鞋-楦頭修改(雙腳)□量身訂製特製鞋-新製開楦(單腳)：□左側 □右側□量身訂製特製鞋-新製開楦(雙腳) |
| 鞋面 | 鞋面開口：□一般 □加長 □全開 □其他： 鞋頭加寬：□無 □左側 □右側 □雙側 □其他： 鞋頭加深：□無 □左側 □右側 □雙側 □其他： 固定方式：□鞋帶 □黏帶 □扣環 □拉環 □拉鍊 □其他： □其他： ，說明：  |
| 大底 | 墊高高度：□無 □左側墊高 公分 □右側墊高 公分 □其他： 大底加寬：□無 □左內側 □左外側 □右內側 □右外側 □其他： 加高側邊：□無 □左內側 □左外側 □右內側 □右外側 □其他： 弧度大底：□無 □左前足 □左後足 □右前足 □右後足 □其他： □其他： ，說明：  |
| 鞋墊 | 墊高高度：□無 □左側 公分，位置： □右側 公分，位置： 減壓處理：□無 □左側，位置： □右側，位置： 填補空間：□無 □左側，位置： □右側，位置： 支撐加強：□無 □左側，位置： □右側，位置： □其他： ，說明：  |
| 內裡 | 鞋頭減壓：□無 □左側 □右側 □雙側 □其他： 領口減壓：□無 □左側 □右側 □雙側 □其他： 鞋舌減壓：□無 □左側 □右側 □雙側 □其他： 內裡減壓：□無 □左側，位置： □右側，位置： □其他： ，說明：  |
| 結構 | 鞋頭加強：□無 □左側 □右側 □雙側 □其他： 平衡處理：□無 □左側 □右側 □雙側 □其他： 中底加強：□無 □左側，位置： □右側，位置： 後跟加強：□無 □左側，位置： □右側，位置： □其他： ，說明：  |
| 注意事項 | 說明：   |

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：