

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：04

輔具項目名稱：電動代步車

一、基本資料

1. 姓名：	2. 性別： ☐ 男 ☐ 女
3. 國民身分證統一編號：	4. 生日： 年 月 日
5. 戶籍地： 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
6. 聯絡地址： ☐ 同戶籍地(下列免填) 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明： ☐ 無 ☐ 有	
7-2. (舊制)身心障礙手冊類別： ☐ 肢體障礙： ☐ 上肢(手) ☐ 下肢(腳) ☐ 軀幹 ☐ 四肢 ☐ 視覺障礙 ☐ 聽覺機能障礙 ☐ 平衡機能障礙 ☐ 聲音或語言機能障礙 ☐ 智能障礙 ☐ 重要器官失去功能 ☐ 顏面損傷者 ☐ 植物人 ☐ 失智症 ☐ 自閉症 ☐ 慢性精神病患者 ☐ 頑性(難治型)癲癇症 ☐ 多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____ ☐ 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙 ☐ 其他經中央主管機關認定之身心障礙類別： ☐ 染色體異常 ☐ 先天代謝異常 ☐ 其他先天缺陷	
7-3. (新制)身心障礙分類系統： ☐ 神經系統構造及精神、心智功能 ☐ 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 ☐ 涉及聲音與言語構造及其功能 ☐ 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能 ☐ 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 ☐ 泌尿與生殖系統相關構造及其功能 ☐ 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 ☐ 皮膚與相關構造及其功能	
8. 障礙等級： ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度	
9. 聯絡人：姓名： 與身心障礙者關係： 聯絡電話：	
10. 居住情況： ☐ 獨居 ☐ 與親友同住 ☐ 安置機構 ☐ 其他：_____	

二、使用評估

- 使用目的與活動需求(可複選)：☐日常生活 ☐醫療 ☐就學 ☐就業 ☐休閒與運動
- 輔具使用環境(可複選)：☐室內 ☐戶外 ☐社區、公園或學校 ☐經常需要行經斜坡
☐需夜間外出
- 預估每日需要以電動代步車行進的距離：☐<3km ☐3km~10km ☐10km~20km ☐>20km
- 現有行動輔具：☐無 ☐單拐 ☐四腳拐 ☐前臂拐 ☐腋下拐 ☐助行器 ☐帶輪助行器(助步車)
☐手動輪椅 ☐電動輪椅 ☐電動代步車
- 目前使用的電動代步車：
(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) ☐使用年限不明
(2)輔具來源：☐自購 ☐社政 ☐勞政 ☐教育 ☐其他：_____

本評估報告書由內政部委請下列單位協助規劃設計

規劃單位：內政部多功能輔具資源整合推廣中心 設計單位：中山醫學大學附設醫院輔具中心

(3)目前使用情形：☐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，但需要另行購置一部於不同場所使用☐其他：_____

6. 身體功能與構造：

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) ☐ 腦性麻痺或發展遲緩 ☐ 小兒麻痺 ☐ 下肢骨折或截肢 ☐ 關節炎 ☐ 心肺功能疾病 ☐ 肝腎疾病 ☐ 其他：_____			
身體尺寸量測：身高約_____公分，體重約_____公斤			
身體 各 部 位 姿 態	坐姿平衡	☐ 良好 ☐ 雙手扶持尚可維持平衡 ☐ 雙手扶持難以維持平衡 (非勾選「良好」者不宜使用電動代步車)	
	骨盆	☐ 正常 ☐ 向前/後傾 ☐ 向左/右傾斜 ☐ 向左/右旋轉 坐姿時骨盆經常： ☐ 向前滑動 ☐ 向後滑動 ☐ 向左滑動 ☐ 向右滑動	
	脊柱	☐ 正常或無明顯變形 ☐ 脊柱側彎 ☐ 過度前凸(hyperlordosis) ☐ 過度後凸(hyperkyphosis) ☐ 其他變形：_____	
	頭部控制	☐ 正常 ☐ 控制不佳或耐力不足 ☐ 完全無法控制 (非勾選「正常」者不宜使用電動代步車)	
	上肢粗動作控制	☐ 雙側皆良好 ☐ 單側良好 ☐ 雙側皆不良 (勾選「雙側皆不良」者不宜使用電動代步車)	
	上肢精細動作控制	☐ 雙側皆良好 ☐ 與粗動作控制良好之同側上肢控制良好 ☐ 雙側皆控制不良 (勾選「雙側皆控制不良」者不宜使用電動代步車)	
	上肢主要肌肉耐力	☐ 耐力>10min. ☐ 耐力>5min. ☐ 耐力<3min. (指持續控制代步車龍頭的能力，若耐力<3min.者不宜使用電動代步車)	
	代步車的移位能力	☐ 可獨立以腳站立完成移位 ☐ 可以上肢撐起身體橫向移位 ☐ 無法獨立移位 (勾選「無法獨立移位」者不宜使用電動代步車)	
	上肢主要關節攣縮	部位：_____ 對擺位或操作電動代步車之影響：_____	
認知能力		☐ 正常 ☐ 尚可 ☐ 差(影響操作之安全性)	
判斷能力		☐ 正常 ☐ 錯亂或遲鈍(影響操作之安全性)	
視知覺能力		☐ 正常 ☐ 尚可 ☐ 差(影響操作之安全性)	
情緒控制		☐ 正常 ☐ 尚可 ☐ 差(影響操作之安全性)	
可有效執行輔具控制的上肢： ☐ 左側 ☐ 右側			
操作技巧		可獨力操作	訓練後可行
能在合理時間內開啟/關閉電源開關			
依指令執行前進、後退、轉向及停止			
於較窄的通道中穩定向前直開 5 公尺			
獨立完成上下電動代步車之移位功能			
以分段方式，完成狹小空間中的迴轉			
能在坡面上前進、後退、轉向及停止			

本評估報告書由內政部委請下列單位協助規劃設計

規劃單位：內政部多功能輔具資源整合推廣中心 設計單位：中山醫學大學附設醫院輔具中心

能注意別人及自身的安全			
在吵雜的環境能專注操作不分心			

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

類型	四輪結構電動代步車
座椅	☐ 帆布型座椅(sling seat) ☐ 沙發型座椅(captain seat)
配件 (可複選)	☐ 遮陽篷 ☐ 拐杖桶或拐杖固定夾 ☐ 助行器固定架 ☐ 氧氣桶固定架 ☐ 後視鏡 ☐ 呼吸器支撐座 ☐ 其他：_____
油門	☐ 左右連動之推拉桿式油門： ☐ 右手前推為前進 ☐ 右手前推為後退 ☐ 握把轉動式油門：安裝在： ☐ 左側 ☐ 右側 向後轉動時定義為： ☐ 前進 ☐ 後退

2. 電動代步車使用環境建議(可複選)：☐可於安全寬闊的室內(如賣場)行駛
☐可於無車輛通行的封閉型戶外環境(如公園內)行駛
☐可於道路兩旁的人行道及行人穿越道行駛
3. 是否需要接受使用訓練：☐需要 ☐不需要
4. 是否需要安排追蹤時間：☐需要 ☐不需要
5. 其他建議事項：_____
- _____
- _____

四、補助建議【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】

電動代步車之建議：

☐建議使用，補充說明：_____

☐不建議使用，理由：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印

五、檢核與追蹤記錄

1. 輔具採購結果是否符合原處方輔具：

☐完全符合

☐功能、形式與原處方符合，部分規格及零配件略有出入，但大致符合

☐功能、形式或規格與原處方有顯著差異，不符原處方精神

☐其他：_____

2. 操作能力檢核：

(1)能在合理時間內開啟/關閉電源開關：☐可 ☐練習後可執行 ☐否

(2)依指令執行前進、後退、轉向及停止：☐可 ☐練習後可執行 ☐否

(3)於較窄的通道中穩定向前直開 5 公尺：☐可 ☐練習後可執行 ☐否

(4)獨力完成上下電動代步車之移位功能：☐可 ☐練習後可執行 ☐否

(5)以分段方式，完成狹小空間中的迴轉：☐可 ☐練習後可執行 ☐否

(6)能在坡面上前進、後退、轉向及停止：☐可 ☐練習後可執行 ☐否

(7)能自行開門並安全通過：☐可 ☐練習後可執行 ☐否

(8)在吵雜的環境能專注操作不分心：☐可 ☐練習後可執行 ☐否

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____

檢核單位用印