

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：16

輔具項目名稱：輪椅座墊

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)：☐家中 ☐學校 ☐社區 ☐職場
- 目前使用的輪椅座墊：
 - (1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填)☐使用年限不明
 - (2)現有座墊種類：☐連通管氣囊組合氣墊-塑膠材質 ☐連通管氣囊組合氣墊座-橡膠材質
☐液態凝膠墊 ☐固態凝膠墊 ☐填充式氣囊氣墊座 ☐交替充氣型氣墊座
☐量製型座墊 ☐其他：_____
 - (3)輔具來源：☐自購 ☐社政 ☐勞政 ☐教育 ☐其他：_____
 - (4)目前使用情形：☐已損壞不堪修復，需更新

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：彰化縣輔具資源中心

☐規格或功能不符使用者現在的需求，需更換

☐適合繼續使用，但需要另行購置一塊於不同場所使用

☐其他：_____

4. 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 ☐ 運動神經元疾病 ☐ 關節炎 ☐ 肌肉萎縮症 ☐ 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 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： ☐ 左側 ☐ 右側 ☐ 前方 ☐ 後方
	骨盆 ☐ 正常 ☐ 坐姿時骨盆經常向： ☐ 前 ☐ 後 ☐ 左 ☐ 右滑動 ☐ 向前/後傾斜；變形情況： ☐ 可調整 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形 ☐ 向左/右傾斜；變形情況： ☐ 可調整 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形 ☐ 向左/右旋轉；變形情況： ☐ 可調整 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形
	脊柱 ☐ 正常 ☐ 脊柱側彎 ☐ 過度後凸(hyperkyphosis) ☐ 過度前凸(hyperlordosis)
	髖部 ☐ 正常 ☐ 內收 ☐ 外展 ☐ 風吹式變形 ☐ 其他：_____
易導致褥瘡發生的危險因子	☐ 糖尿病 ☐ 失禁 ☐ 皮膚清潔狀況不佳 ☐ 營養不良 ☐ 臀部皮下軟組織厚度不足 ☐ 異常骨突結構 ☐ 周邊血管病變異常 ☐ 有皮膚感染或疾病 ☐ 經常性摩擦 ☐ 臀部皮膚感覺異常或喪失 ☐ 其他：_____
壓瘡	☐ 未發生 ☐ 過去有 ☐ 目前有：部位：_____ 尺寸：_____公分×_____公分 分級： ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
配合座墊使用之輔具	座面尺寸(座寬×座深)：_____吋×_____吋 支撐面： ☐ 硬板 ☐ 布面 ☐ 1.手動輪椅： ☐ 介護型 ☐ 自推型 座椅姿勢或角度變換的減壓功能： ☐ 無 ☐ 有 ☐ 2.電動輪椅：座椅姿勢或角度變換的減壓功能： ☐ 無 ☐ 手動操作 ☐ 電動操作 ☐ 3.擺位椅(非移行輔具) ☐ 4.其他：_____
減壓能力	☐ 獨立將身起撐起進行臀部減壓 ☐ 藉由座椅姿勢或角度變換進行減壓 ☐ 藉由身體重心偏移進行減壓 ☐ 無自主減壓能力，或減壓效率不彰
座墊操作能力	1. 移位時放置或改變座墊位置的能力： ☐ 可獨立完成 ☐ 需照顧者協助 2. 檢視座墊使用狀態的能力： ☐ 可獨立完成 ☐ 需照顧者協助 3. 充氣、加水或調整座墊壓力的能力： ☐ 可獨立完成 ☐ 需照顧者協助 4. 保養或修補座墊的能力： ☐ 可獨立完成 ☐ 需照顧者協助

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

座墊型式 與材質 (勾選項目僅擇 一補助)	☐ A 款(連通管型氣囊氣墊座-塑膠材質)：氣囊數量應大於 20 顆，且氣囊高度應大於 2 英吋。 ☐ B 款(連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質)：氣囊數量應大於 20 顆，且氣囊高度應大於 2 英吋。 ☐ C 款(液態凝膠座墊)：應搭配適形泡棉底座，其凝膠覆蓋面積不得小於座墊二分之一，且凝膠厚度需大於 1 英吋。 ☐ D 款(固態凝膠座墊)：應搭配適形泡棉底座，其凝膠覆蓋面積不得小於座墊二分之一，且凝膠厚度需大(等)於 1 英吋。 ☐ E 款(填充式氣囊氣墊座)：高度需大於 2 英吋。 ☐ F 款(交替充氣型座墊)：應含電動空氣幫浦及交替充氣功能之氣囊組。 ☐ G 款(量製型座墊)：應依個別需求取模製作座墊。
尺寸	座寬：_____吋，座深：_____吋，未乘坐時座墊高度：_____公分
擺位調整	☐ 無需進行特殊調整功能 ☐ 需進行擺位調整功能，調整如下： <u>前/後</u> 半部的 <u>左/右側</u> <u>增加/減少</u> 支撐_____公分或_____
覆套	☐ 彈性透氣覆套 ☐ 彈性防水覆套 ☐ 覆套底部止滑功能 ☐ 覆套底部車縫黏釦帶
配件	☐ 降低座高的「沈入式座板」 ☐ 增加座墊底部穩定性的底板 ☐ 骨盆帶

2. 是否需要接受使用訓練：☐需要 ☐不需要

3. 是否需要安排追蹤時間：☐需要 ☐不需要

4. 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】

輪椅座墊之建議：

☐建議使用，補充說明：_____

(勾選項目僅擇一補助)

☐A 款(連通管型氣囊氣墊座-塑膠材質)

☐B 款(連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質)

☐C 款(液態凝膠座墊)

☐D 款(固態凝膠座墊)

☐E 款(填充式氣囊氣墊座)

☐F 款(交替充氣型座墊)

☐G 款(量製型座墊)

☐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、檢核與追蹤紀錄

1. 輔具採購結果：

實際採購類型	是否符合原處方輔具
☐ A 款(連通管型氣囊氣墊座-塑膠材質) ☐ B 款(連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質) ☐ C 款(液態凝膠座墊) ☐ D 款(固態凝膠座墊) ☐ E 款(填充式氣囊氣墊座) ☐ F 款(交替充氣型座墊) ☐ G 款(量製型座墊)	☐ 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. 修改、調整與使用訓練：

- ☐無須修改及調整
☐經修改調整後以符合使用需求
☐建議配合使用訓練以期能安全操作

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____

檢核單位用印