

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：20

輔具項目名稱：上肢義肢

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
- 輔具使用情境(可複選)：☐保護 ☐美觀 ☐一般操作 ☐精細動作 ☐粗重工作
☐其他特殊需求：_____
- 輔具穿著獨立性：☐獨立完成 ☐他人部分協助 ☐他人完全協助
- 目前使用的上肢義肢：
(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) ☐使用年限不明
(2)現有上肢義肢種類：☐部分手義肢 ☐腕離斷義肢 ☐肘下義肢 ☐肘離斷義肢 ☐肘上義肢
☐肩關節離斷義肢 ☐肩胛骨離斷義肢
(3)輔具來源：☐自購 ☐健保 ☐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：臺北榮民總醫院身障重建中心

(4)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，但需要另行購置一具於不同情境使用

☐其他：_____

5. 輔具使用之相關診斷(可複選)：☐截肢 ☐中風偏癱(左/右) ☐脊髓損傷(頸/胸/腰/薦)

☐腦性麻痺或發展遲緩 ☐運動神經元疾病 ☐骨折或關節炎

☐心肺功能疾病 ☐腦外傷 ☐其他：_____

6. 此次欲申請義肢之部位：_____

7. 申請部位最近一次截肢日期：_____年_____月 ☐截肢日期不明

8. 截肢原因：☐周邊血管疾病 ☐外傷 ☐腫瘤 ☐先天缺損 ☐其他：_____

9. 皮膚感覺：☐正常 ☐喪失 ☐幻肢覺或幻痛 ☐無法施測，原因：_____

10. 循環與呼吸系統功能：☐正常 ☐心臟功能障礙 ☐血管功能障礙 ☐淋巴水腫

☐呼吸功能障礙 ☐其他：_____

11. 肌肉力量：☐無異常

☐異常，上肢：☐左側 ☐右側 ☐雙側，☐肩 ☐肘 ☐腕 ☐手

下肢：☐左側 ☐右側 ☐雙側，☐髖 ☐膝 ☐踝 ☐足

☐其他：_____

12. 肌肉張力：☐無異常

☐異常，☐過高：上肢：☐左側 ☐右側 ☐雙側，☐肩 ☐肘 ☐腕 ☐手

下肢：☐左側 ☐右側 ☐雙側，☐髖 ☐膝 ☐踝 ☐足

☐過低：上肢：☐左側 ☐右側 ☐雙側，☐肩 ☐肘 ☐腕 ☐手

下肢：☐左側 ☐右側 ☐雙側，☐髖 ☐膝 ☐踝 ☐足

☐其他：_____

13. 關節活動度：☐無受限

☐受限，上肢：☐左側 ☐右側 ☐雙側，☐肩 ☐肘 ☐腕 ☐指 關節

下肢：☐左側 ☐右側 ☐雙側，☐髖 ☐膝 ☐踝 ☐趾 關節

☐其他：_____

14. 需保護或變形之關節：☐無

☐有，上肢：☐左側 ☐右側 ☐雙側，☐肩 ☐肘 ☐腕 ☐指 關節

下肢：☐左側 ☐右側 ☐雙側，☐髖 ☐膝 ☐踝 ☐趾 關節

☐其他：_____

15. 異常反射：☐無 ☐有，異常狀況簡述：_____

16. 協調功能障礙：☐無 ☐有，異常狀況簡述：_____

17. 臂神經叢：☐無損傷 ☐有，_____側

18. 殘肢狀況：

(1)殘肢長度：肘下截肢，自肱骨外上髁以下：☐左側_____公分 ☐右側_____公分

肘上截肢，自肩峰以下：☐左側_____公分 ☐右側_____公分

(2)殘肢外型：☐漏斗型 ☐葫蘆型 ☐其他_____

(3)傷口品質：☐已癒合 ☐尚未癒合 ☐其他_____

(4)腫脹消退情形：☐已消退完成 ☐尚未消退完成 ☐其他_____

19. 其他截肢部位：☐無 ☐有：_____側_____截肢

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

配置項目	配置日期： 年 月 日
義肢種類	☐ 部分手義肢 ☐ 腕離斷或肘下義肢 ☐ 肘離斷或肘上義肢 ☐ 肩關節離斷或肩胛骨離斷義肢 ☐ 更換美觀手套(限原義肢使用滿兩年)
義肢懸吊系統	☐ 八字型肩帶 ☐ 九字型肩帶 ☐ 髁上懸吊 ☐ 馬鞍型 ☐ 矽膠吸附式 ☐ 其他：_____
肩關節	☐ 外展式 ☐ 彎曲式 ☐ 外展-彎曲式 ☐ 旋轉球式 ☐ 其他：_____
肘關節	☐ 皮帶彎曲式 ☐ 單軸式 ☐ 多軸式 ☐ 倍增式 ☐ 外接可固定式 ☐ 內接可固定式 ☐ 其他：_____
腕關節	☐ 固定摩擦式 ☐ 快速交換式 ☐ 可彎曲式 ☐ 其他：_____
手部裝置	☐ 美觀手指(掌) ☐ 功能手鉤 ☐ 功能手掌 ☐ 肌電義手 ☐ 其他：_____
操作方式	☐ 非操作用 ☐ 自體操控 ☐ 肌電操控 ☐ 混合式操控

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】

上肢義肢之建議：

☐建議使用，補充說明：_____

☐更換美觀手套

☐部分手義肢

☐腕離斷義肢

☐肘下義肢

☐肘離斷義肢

☐肘上義肢

☐肩關節離斷義肢

☐肩胛骨離斷義肢

☐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. 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，建議修改調整部位：_____

☐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