

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：21

輔具項目名稱：下肢義肢

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
- 輔具使用環境(可複選)：☐室內 ☐戶外 ☐社區、公園或學校 ☐經常需要上下階梯
☐經常需要行經斜坡
- 輔具使用情境：☐僅站立 ☐短距離步行 ☐長距離步行 ☐障礙路面步行 ☐運動用
☐其他特殊需求：_____
- 常用交通工具：☐輪椅 ☐腳踏車 ☐機車 ☐汽車 ☐大眾運輸工具 ☐其他：_____
- 輔具穿著獨立性：☐獨立完成 ☐他人部分協助 ☐他人完全協助

6. 目前使用的下肢義肢：

- (1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) ☐使用年限不明
- (2)現有下肢義肢種類：☐部分足義肢 ☐踝離斷義肢 ☐膝下義肢 ☐膝離斷義肢 ☐膝上義肢
☐髌離斷義肢 ☐半骨盆切除義肢
- (3)輔具來源：☐自購 ☐健保 ☐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
☐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：_____

7. 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：_____

8. 此次欲申請義肢之部位：_____

9. 申請部位最近一次截肢日期：_____年_____月 ☐截肢日期不明

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

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

12. 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：_____

13. 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，☐髌 ☐膝 ☐踝 ☐足
☐其他：_____

14. 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，☐髌 ☐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，☐髌 ☐膝 ☐踝 ☐足
☐其他：_____

15. 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，☐髌 ☐膝 ☐踝 ☐趾 關節
☐其他：_____

16. 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，☐髌 ☐膝 ☐踝 ☐趾 關節
☐其他：_____

17. 異常反射：☐無 ☐有，異常狀況簡述：_____

18. 協調功能障礙：☐無 ☐有，異常狀況簡述：_____

19. 殘肢狀況：

- (1)殘肢長度：膝下截肢自脛骨平台以下：☐左側_____公分 ☐右側_____公分
膝上截肢自股骨大轉子以下：☐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_____
- (5)對濕熱環境耐受度：☐能忍受 ☐無法忍受

20. 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	☐ 部分足義肢 ☐ 踝離斷義肢 ☐ 膝下義肢 ☐ 膝離斷義肢 ☐ 膝上義肢 ☐ 髌離斷義肢 ☐ 半骨盆切除義肢 ☐ 更換義肢腳掌組(限原義肢使用滿兩年者)	
義肢懸吊系統	膝下截肢	☐ 大腿皮套 ☐ 髌上皮帶 ☐ 髌上懸吊 ☐ 臍上髌上懸吊 ☐ 矽膠吸附式 ☐ 其他：_____
	膝上截肢	☐ 傳統皮帶 ☐ 希利氏帶 ☐ 傳統吸附式 ☐ 矽膠吸附式 ☐ 骨盆固定帶 ☐ 其他：_____
主體連結組件	☐ 內骨骼式 ☐ 外骨骼式	
髌關節	☐ 固定式 ☐ 活動式 ☐ 其他：_____	
膝關節	☐ 手動固定式 ☐ 安全膝 ☐ 單軸膝 ☐ 多連桿式 ☐ 氣壓式 ☐ 液壓式 ☐ 電腦控制 ☐ 其他：_____	
腳掌及踝關節	☐ 固定式踝關節 ☐ 單軸腳掌 ☐ 多軸腳掌 ☐ 儲能式腳掌 ☐ 其他：_____	

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】

下肢義肢之建議：

☐建議使用，補充說明：_____

☐更換義肢腳掌組

☐部分足義肢

☐踝離斷義肢

☐膝下義肢

☐膝離斷義肢

☐膝上義肢

☐髌離斷義肢

☐半骨盆切除義肢

☐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