

## 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 (揸頭開發☐單側/☐雙側)

### 一、基本資料

|                                                                                                                                                          |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1. 姓名：                                                                                                                                                   | 2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                |                                                              |
| 7-2. (舊制)身心障礙手冊類別：                                                                                                                                       |                                                              |
| <input type="checkbox"/> 肢體障礙： <input type="checkbox"/> 上肢(手) <input type="checkbox"/> 下肢(腳) <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 四肢     |                                                              |
| <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 聲音或語言機能障礙                         |                                                              |
| <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 顏面損傷者 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 |                                                              |
| <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神病患者 <input type="checkbox"/> 頑性(難治型)癲癇症                                                        |                                                              |
| <input type="checkbox"/> 多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____                                                                                                         |                                                              |
| <input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙                                                                                                       |                                                              |
| <input type="checkbox"/> 其他經中央主管機關認定之身心障礙類別： <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 先天代謝異常                                              |                                                              |
| <input type="checkbox"/> 其他先天缺陷                                                                                                                          |                                                              |
| 7-3. (新制)身心障礙分類系統：                                                                                                                                       |                                                              |
| <input type="checkbox"/> 神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛                                                                        |                                                              |
| <input type="checkbox"/> 涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能                                                                      |                                                              |
| <input type="checkbox"/> 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 泌尿與生殖系統相關構造及其功能                                                                  |                                                              |
| <input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 皮膚與相關構造及其功能                                                                        |                                                              |
| 8. 障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與親友同住 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 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  
☐其他：\_\_\_\_\_
- 輔具使用環境(可複選)：☐家中 ☐學校 ☐社區 ☐職場 ☐其他：\_\_\_\_\_
- 現有步行相關輔具(可複選)：☐拐杖 ☐助行器 ☐帶輪型助步車(助行椅) ☐支架鐵鞋  
☐其他：\_\_\_\_\_
- 目前使用的量身訂製之特製鞋：
  - (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：\_\_\_\_\_
  - (3)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：內政部矯具義具與行動輔具資源中心

☐規格或功能不符使用者現在的需求，需更換

☐適合繼續使用，但需要另行購置一雙於不同場所使用

☐其他：\_\_\_\_\_

5. 輔具使用之相關診斷(可複選)：

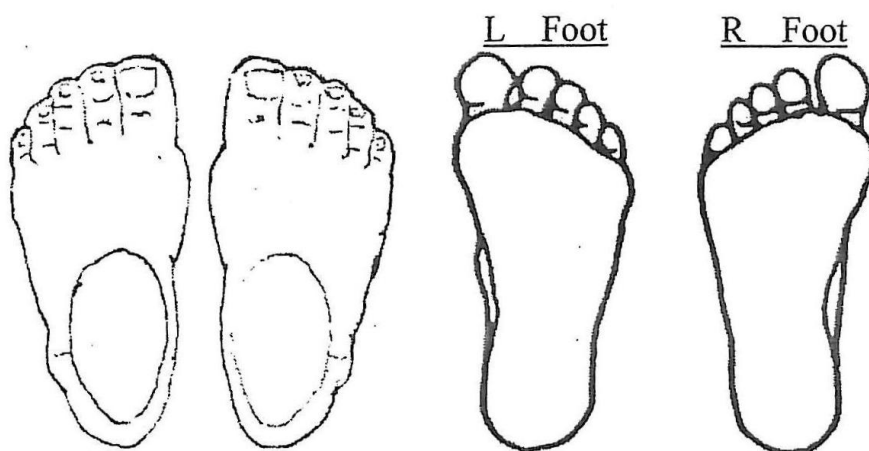
(1)先天性或疾病(或意外傷害)所造成足部異常者，原因描述：

☐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 ☐下肢骨折或截肢 ☐關節炎 ☐心肺功能疾病 ☐肌肉萎縮症  
☐腦外傷 ☐長短腳 ☐糖尿病 ☐其他：\_\_\_\_\_

(2)足部變型部位，描述或圈選部位：

☐左 ☐右，描述：\_\_\_\_\_

足部特殊註記：☐雞眼 ☐足繭 ☐植皮 ☐潰瘍 ☐紅腫 ☐缺損



(3)足踝關節活動度：

☐正常：左\_\_\_\_\_度 右\_\_\_\_\_度

☐受限：左\_\_\_\_\_度 右\_\_\_\_\_度

☐僵硬：左\_\_\_\_\_度 右\_\_\_\_\_度

(4)足部傾斜：(例如：內/外翻；內/外旋，狀況輕微/嚴重)

前足：☐左：☐內翻 ☐外翻 ☐內旋 ☐外旋，描述：\_\_\_\_\_

☐右：☐內翻 ☐外翻 ☐內旋 ☐外旋，描述：\_\_\_\_\_

中足：☐左：☐過高 ☐塌陷，描述：\_\_\_\_\_

☐右：☐過高 ☐塌陷，描述：\_\_\_\_\_

後足：☐左：☐內翻 ☐外翻 ☐內旋 ☐外旋，描述：\_\_\_\_\_

☐右：☐內翻 ☐外翻 ☐內旋 ☐外旋，描述：\_\_\_\_\_

(5)步態觀察：(例如：步態緩慢、身軀偏移、足部無法著地、下肢肌腱協調異常、足部著地週期異常…等)

☐正常 ☐不正常，描述：\_\_\_\_\_

(6)平衡觀察：(例如：向內/外傾斜、長短腳落差)

☐正常 ☐不正常，描述：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(7)其他：\_\_\_\_\_

### 三、規格配置建議

#### 1. 輔具規格配置：

(1)量身訂製之特製鞋(揷頭開發☐單側/☐雙側)

(2)大底設計/修改：

高度：☐左：☐前後等高 ☐後足加高\_\_\_\_公分 ☐前足加高\_\_\_\_公分 ☐其他：\_\_\_\_\_

☐右：☐前後等高 ☐後足加高\_\_\_\_公分 ☐前足加高\_\_\_\_公分 ☐其他：\_\_\_\_\_

弧度大底(rocker)：☐左：☐前足\_\_\_\_\_ ☐後足\_\_\_\_\_ ☐其他：\_\_\_\_\_

☐右：☐前足\_\_\_\_\_ ☐後足\_\_\_\_\_ ☐其他：\_\_\_\_\_

大底加寬(flare)：☐左：☐內側\_\_\_\_\_ ☐外側\_\_\_\_\_ ☐其他：\_\_\_\_\_

☐右：☐內側\_\_\_\_\_ ☐外側\_\_\_\_\_ ☐其他：\_\_\_\_\_

大底加高側邊(butress)：☐左：☐內側\_\_\_\_\_ ☐外側\_\_\_\_\_ ☐其他：\_\_\_\_\_

☐右：☐內側\_\_\_\_\_ ☐外側\_\_\_\_\_ ☐其他：\_\_\_\_\_

其他：\_\_\_\_\_

(3)內部鞋墊：☐材質：\_\_\_\_\_

☐其他注意事項：\_\_\_\_\_

(4)鞋子表面：☐材質：\_\_\_\_\_

☐其他注意事項：\_\_\_\_\_

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】

量身訂製之特製鞋之建議：

☐建議使用，補充說明：\_\_\_\_\_

☐量身訂製之特製鞋 A 款-單側開楦

☐量身訂製之特製鞋 B 款-雙側開楦

☐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