

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：17

輔具項目名稱：居家用照顧床及氣墊床

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

- 使用者居住地點：☐居家 ☐醫院 ☐學校 ☐安養機構
- 目前使用的居家用照顧床：
 - (1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) ☐使用年限不明
 - (2)現有居家用照顧床種類：☐手動病床 ☐電動病床 ☐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
☐規格或功能不符使用者現在的需求，需更換
☐適合繼續使用，但需要另行購置一件於不同場所使用
☐其他：_____
- 目前使用的床墊：

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

- (1)已使用：____年____月(尚未使用者免填) ☐使用年限不明
- (2)現有床墊種類：☐彈簧床墊 ☐乳膠床墊 ☐固態凝膠床墊 ☐氣墊床 ☐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
☐規格或功能不符使用者現在的需求，需更換
☐適合繼續使用，但需要另行購置一件於不同場所使用
☐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：_____
意識狀態	☐ 正常 ☐ 障礙：_____
認知能力	☐ 正常 ☐ 障礙：_____
皮膚感覺	☐ 正常 ☐ 異常：_____ ☐ 喪失：_____ ☐ 無法施測，原因：_____
姿勢性低血壓	☐ 有 ☐ 無 ☐ 未施測
目前體力狀態	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不佳
體力可能進展	☐ 維持 ☐ 進步 ☐ 退化
頭頸控制能力	☐ 正常 ☐ 不足：_____ ☐ 喪失：_____
肩膀肌力	☐ 正常 ☐ 不足：_____
關節活動度	☐ 正常 ☐ 受限制： ☐ 腕關節 ☐ 膝關節 ☐ 其他關節：_____
手功能	☐ 正常 ☐ 不足：_____ ☐ 喪失：_____
翻身能力	翻至左側： ☐ 可獨立輕易完成 ☐ 執行費力耗時或需借助輔具 ☐ 完全依賴 翻至右側： ☐ 可獨立輕易完成 ☐ 執行費力耗時或需借助輔具 ☐ 完全依賴
起床能力	☐ 可獨立輕易完成 ☐ 執行費力耗時或需借助輔具 ☐ 完全依賴
轉位能力	☐ 可獨立輕易完成 ☐ 執行費力耗時或需借助輔具 ☐ 完全依賴
姿勢調整能力	☐ 可獨立輕易完成 ☐ 執行費力耗時或需借助輔具 ☐ 完全依賴
維持坐姿能力	軀幹平衡能力： ☐ 有 ☐ 無 軀幹長坐姿時挺直能力： ☐ 良好 ☐ 不佳 軀幹坐姿挺直耐力： ☐ ≥2 分鐘 ☐ ＜2 分鐘
易導致壓瘡相關危險因子(可複選)	☐ 糖尿病 ☐ 失禁 ☐ 皮膚清潔狀況不佳 ☐ 皮膚經常潮濕 ☐ 營養不良 ☐ 骨突處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 ☐ 皮膚感覺異常或喪失 ☐ 無法自行執行減壓活動 ☐ 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

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

居家用照顧床	☐ 不建議使用	
	類型： ☐ 居家用照顧床 ☐ 居家用照顧床、附加功能 A 款(具床面升降功能) ☐ 居家用照顧床、附加功能 B 款(具電動升降功能) ☐ 居家用照顧床、附加功能 A 款及 B 款	
	規格： ☐ 一般尺寸 ☐ 特製尺寸： ☐ 加長至_____公分 ☐ 加寬至_____公分 ☐ 降至最低高度_____公分 ☐ 升至最高高度_____公分 ☐ 三折長度訂做_____,_____,_____	
	控制器： ☐ 自己控制 ☐ 照顧者控制 ☐ 遙控器加大按鈕_____ ☐ 其他改良_____	
氣墊床	☐ 不建議使用	
	☐ A 款	應含 18 管以上交替充氣功能之電動空氣幫浦及管狀氣囊組
	☐ B 款	應含交替充氣功能之電動空氣幫浦及管狀氣囊組，且需提供保固 3 年，並須符合以下所有條件： 1. 交替式充氣之管狀氣囊組，氣囊之管徑 4 英吋以上，並含有異常壓力警示及可暫停交替之開關 2. 氣管為 3 管交替式 3. 單管材質：「PU 聚氨酯(Polyurethane)」或「PU 聚氨酯(Polyurethane)+尼龍(Nylon)」 4. 單管壓力流量每分鐘 4 公升(4L/Min)以上 5. 配有 C.P.R.快速洩氣閥

2. 是否需要接受使用訓練：☐不需要 ☐需要(☐居家用照護床 ☐氣墊床)

3. 是否需要安排追蹤時間：☐不需要 ☐需要(☐居家用照護床 ☐氣墊床)

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】

居家用照顧床之建議：

☐建議使用，補充說明：_____

(勾選項目僅擇一補助)

☐居家用照顧床

☐居家用照顧床、附加功能 A 款

☐居家用照顧床、附加功能 B 款

☐居家用照顧床、附加功能 A 款及 B 款

☐不建議使用，理由：_____

氣墊床之建議：

☐建議使用，補充說明：_____

(勾選項目僅擇一補助)

☐氣墊床-A 款

☐氣墊床-B 款

☐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. 輔具後續追蹤地點：☐居家 ☐醫院 ☐安養機構 ☐其他：_____

2. 輔具採購結果：

居家用照顧床

實際購買類型	是否符合原處方輔具
☐ 居家用照顧床 ☐ 居家用照顧床、附加功能 A 款 ☐ 居家用照顧床、附加功能 B 款 ☐ 居家用照顧床、附加功能 A 款及 B 款 ☐ 其他：_____	☐ 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：_____

氣墊床

實際購買類型	是否符合原處方輔具
☐ 氣墊床-A 款 ☐ 氣墊床-B 款 ☐ 非補助形式之床墊 ☐ 其他：_____	☐ 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：_____

3. 修改、調整與使用訓練：

居家用照顧床

☐ 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
--

氣墊床

☐ 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