

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：23

輔具項目名稱：脊柱矯具

一、基本資料

1.姓名：	2.身分證字號：	3.生日：	年	月	日
4.聯絡人姓名：	與個案關係：	聯絡電話：			
5.戶籍地址：					
6.居住地址(□同戶籍地)：					
7.聯絡(公文寄送)地址(□同戶籍地 □同居住地)：					
8.是否領有身心障礙證明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
9.身心障礙類別(可複選)：	<input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 第四類 <input type="checkbox"/> 第五類 <input type="checkbox"/> 第六類 <input type="checkbox"/> 第七類 <input type="checkbox"/> 第八類 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
10.身心障礙程度分級：	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度				

二、活動需求與情境評估

- 預計使用的場合(可複選)：居家生活 照顧機構 校園學習 職場就業 社交活動
戶外運動 其他：_____
- 活動需求(可複選)：坐姿活動為主 室內活動為主 戶外短距離行走，頻率：_____小時/天
中長距離行走(>1公里)，頻率：_____小時/天
休閒運動，頻率：_____小時/天 其他：_____
- 使用目的(可複選)：減輕疼痛 支撐或保護 限制軀幹動作 矯正變形 其他：_____
- 人力支持情況(可複選)：獨居 有同住者 有專業人力協助：_____ 其他：_____
- 目前使用的輔具(尚未使用者免填)：
 - 輔具種類：支持性背架-基礎型 支持性背架-量身訂製型 脊柱側彎矯正背架
 - 輔具來源：政府補助：身障 長照 職災 職再 教育 榮民 健保
其他：_____
 - 二手輔具：租借 媒合
 - 自購
 - 其他：_____
- 已使用約：_____年 使用年限不明
- 使用情形：已損壞不堪修復，需重新製作
規格或功能不符使用者現在的需求，需更換
適合繼續使用，但需要另行購置於不同情境使用
其他：_____

三、身體功能與構造及輔具使用相關評估

輔具使用之相關診斷(可複選)： <input type="checkbox"/> 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) <input type="checkbox"/> 腦外傷(左/右) <input type="checkbox"/> 小腦萎縮症 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 運動神經元疾病 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 其他：_____

行走能力：無法行走 需他人協助 可獨立行走於一般平坦路面 可獨立行走於不平路面
具高活動能力 其他：_____

主要之步行輔具：無 單拐 前臂拐 腋下拐 四腳拐 助行器 帶輪型助步車
其他：_____

姿勢評估(站姿，無法站立者可附註坐姿或躺姿評估)：身高約：_____公分，體重約：_____公斤

1. 站姿平衡：正常 尚可 差 無法量測
2. 肩膀位置：正常 向左偏移 向右偏移
3. 頸椎曲度：正常 過度前凸 曲度不足
4. 胸椎曲度：正常 過度後彎 曲度不足
5. 腰椎曲度：正常 過度前凸 曲度不足
6. 骨盆位置：正常 向左傾斜 向右傾斜 過度前傾 過度後傾 其他：_____
7. 下肢長度：相等 左側，短_____公分 右側，短_____公分 其他：_____

軀幹評估(雙側不同時請於說明欄位備註)：

1. 肌肉力量：
 - 腹部屈肌：正常 尚可 差 無法量測
 - 下背伸肌：正常 尚可 差 無法量測
 - 大腿屈肌：正常 尚可 差 無法量測
 - 臀部伸肌：正常 尚可 差 無法量測
2. 動作柔軟度：
 - 前彎動作：正常 尚可 差 無法量測
 - 後彎動作：正常 尚可 差 無法量測
 - 側彎動作：正常 尚可 差 無法量測
 - 旋轉動作：正常 尚可 差 無法量測
3. 皮膚感覺：正常 喪失 敏感 遲鈍 無法量測
4. 皮膚狀況(可複選)：正常 紅腫 有破損 乾燥/脫皮 濕疹/水泡 其他：_____
5. 傷口：無 有，_____公分 × _____公分，位置：_____ 其他：_____
6. 疼痛情形：無 局部，位置：_____ 瀰漫性 無法量測
7. 疼痛程度：無 輕微 中等 嚴重 無法量測

說明：_____

脊柱 X 光片：無或不需

C 型側彎，主要凸向_____側，頂點在_____位置，角度：_____度

S 型側彎，主要凸向_____側，頂點在_____位置，角度：_____度

其他：_____

其他相關狀況：

1. 曾接受矯正手術或內固定：無 有，狀況簡述：_____
2. 異常肌肉張力：無 有，狀況簡述：_____
3. 動作協調異常：無 有，狀況簡述：_____
4. 認知能力：正常 尚可 差，狀況簡述：_____
5. 矯具穿著獨立性：獨立完成 他人部分協助 他人完全協助
6. 其他可能影響背架使用之情形：無 有，狀況簡述：_____

四、評估結果【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】

1. 評估結果：

不建議使用以下輔具；理由：_____建議使用：

補助項目	使用理由
<input type="checkbox"/> 項次 223 脊柱矯具-支持性背架(基礎型)	
<input type="checkbox"/> 項次 224 脊柱矯具-支持性背架(量身訂製型)	
<input type="checkbox"/> 項次 225 脊柱矯具-脊柱側彎矯正背架	

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：_____

五、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

種類	脊柱矯具： <input type="checkbox"/> 支持性背架(基礎型) <input type="checkbox"/> 支持性背架(量身訂製型) <input type="checkbox"/> 脊柱側彎矯正背架
固定範圍(可複選)	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 薦椎 <input type="checkbox"/> 其他：_____
動作限制(可複選)	<input type="checkbox"/> 前彎 <input type="checkbox"/> 後彎 <input type="checkbox"/> 側彎 <input type="checkbox"/> 旋轉 <input type="checkbox"/> 其他：_____
背架樣式	基礎型 <input type="checkbox"/> 椅背式 <input type="checkbox"/> 騎士式 <input type="checkbox"/> 威廉屈曲式 <input type="checkbox"/> 伸展式(朱維式/前十字式) <input type="checkbox"/> 泰勒式 <input type="checkbox"/> 騎士泰勒式 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	量身訂製型 <input type="checkbox"/> 前開式 <input type="checkbox"/> 後開式 <input type="checkbox"/> 兩片式 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	脊柱側彎矯正 <input type="checkbox"/> 密爾瓦基式 <input type="checkbox"/> 波士頓式 <input type="checkbox"/> 大阪醫大式 <input type="checkbox"/> 夜間式 <input type="checkbox"/> 其他：_____
使用時間	<input type="checkbox"/> 全天使用 <input type="checkbox"/> 日間使用 <input type="checkbox"/> 夜間使用 <input type="checkbox"/> 術後使用 <input type="checkbox"/> 其他：_____
主要組件/配件 (可複選)	結構： <input type="checkbox"/> 椎旁金屬立柱 <input type="checkbox"/> 外側金屬立柱 <input type="checkbox"/> 前側金屬立柱 <input type="checkbox"/> 胸骨支撐(墊) <input type="checkbox"/> 腹部支撐(墊) <input type="checkbox"/> 肩胛間支撐 <input type="checkbox"/> 骨盆支撐(骨盆帶) <input type="checkbox"/> 後背支撐(胸帶) <input type="checkbox"/> 後背支撐(硬背板) 固定： <input type="checkbox"/> 腋下固定帶 <input type="checkbox"/> 胸前固定帶 <input type="checkbox"/> 後背固定帶 <input type="checkbox"/> 前方束腹帶/固定帶 <input type="checkbox"/> 其他：_____，說明：_____
主體材質	<input type="checkbox"/> 金屬 <input type="checkbox"/> 塑料 <input type="checkbox"/> 合成纖維 <input type="checkbox"/> 其他：_____

2. 其他建議：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印