

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：22

輔具項目名稱：上下肢矯具

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)：只能站立或移位 室內活動 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：_____
- 使用環境特性(可複選)：大致平坦 經常通過不平路面 經常需要跨越障礙物
經常需要上下階梯 經常需要行經斜坡 其他：_____
- 使用目的(可複選)：減輕疼痛 穩定支撐 固定或保護 預防或矯正變形
改善關節活動度 減輕承重 協助行走步態 增進功能或活動能力
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(僅填寫此次申請之相關輔具，尚未使用者免填)：
 - 輔具種類：
左側 右側；踝足矯具 膝踝足矯具 髖膝踝足矯具 髖矯具 膝矯具
肘矯具 鞋具
 - 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

<p>輔具使用之相關診斷(可複選)：</p> <p><input type="checkbox"/>中風偏癱(左/右) <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</p> <p><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"/>巴金森氏症 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/>小兒麻痺 <input type="checkbox"/>骨折</p> <p><input type="checkbox"/>截肢 <input type="checkbox"/>關節炎 <input type="checkbox"/>先天變形 <input type="checkbox"/>周圍神經病變 <input type="checkbox"/>周圍血管病變 <input type="checkbox"/>其他：_____</p>
<p>未用下肢矯具行走能力：</p> <p><input type="checkbox"/>無法行走 <input type="checkbox"/>需他人協助 <input type="checkbox"/>可獨立行走於一般平坦路面 <input type="checkbox"/>可獨立行走於不平路面</p> <p><input type="checkbox"/>具高活動能力 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>主要之步行輔具：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>單拐 <input type="checkbox"/>前臂拐 <input type="checkbox"/>腋下拐 <input type="checkbox"/>四腳拐 <input type="checkbox"/>助行器 <input type="checkbox"/>帶輪型助步車</p> <p><input type="checkbox"/>其他：_____</p>
<p>使用下肢矯具行走能力(無下肢矯具者免填)：</p> <p><input type="checkbox"/>無法行走 <input type="checkbox"/>需他人協助 <input type="checkbox"/>可獨立行走於一般平坦路面 <input type="checkbox"/>可獨立行走於不平路面</p> <p><input type="checkbox"/>具高活動能力 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>主要之步行輔具：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>單拐 <input type="checkbox"/>前臂拐 <input type="checkbox"/>腋下拐 <input type="checkbox"/>四腳拐 <input type="checkbox"/>助行器 <input type="checkbox"/>帶輪型助步車</p> <p><input type="checkbox"/>其他：_____</p>
<p>主要問題之部位(可複選)：</p> <p>左側：<input type="checkbox"/>髖部 <input type="checkbox"/>大腿段 <input type="checkbox"/>膝部 <input type="checkbox"/>小腿段 <input type="checkbox"/>踝部 <input type="checkbox"/>足部 <input type="checkbox"/>上肢 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>右側：<input type="checkbox"/>髖部 <input type="checkbox"/>大腿段 <input type="checkbox"/>膝部 <input type="checkbox"/>小腿段 <input type="checkbox"/>踝部 <input type="checkbox"/>足部 <input type="checkbox"/>上肢 <input type="checkbox"/>其他：_____</p>
<p>身高約：_____公分，體重約：_____公斤</p>
<p>肢體狀況(雙側不同時請於說明欄位備註)：</p> <p>1. 外形：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>肢體肥大 <input type="checkbox"/>肢體萎縮 <input type="checkbox"/>明顯變形 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>2. 皮膚感覺：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>喪失 <input type="checkbox"/>敏感 <input type="checkbox"/>遲鈍 <input type="checkbox"/>無法量測</p> <p>3. 皮膚狀況(可複選)：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>有破損 <input type="checkbox"/>乾燥/脫皮 <input type="checkbox"/>濕疹/水泡 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>4. 傷口：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有，_____公分 × _____公分，位置：_____ <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>5. 疼痛情形：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>局部，位置：_____ <input type="checkbox"/>瀰漫性 <input type="checkbox"/>無法量測</p> <p>6. 疼痛程度：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>輕微 <input type="checkbox"/>中等 <input type="checkbox"/>嚴重 <input type="checkbox"/>無法量測</p> <p>說明：_____</p>
<p>肌肉力量：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>不足(下方請勾選，可複選) <input type="checkbox"/>無法量測</p> <p>左側：<input type="checkbox"/>肩 <input type="checkbox"/>肘 <input type="checkbox"/>腕 <input type="checkbox"/>手 <input type="checkbox"/>髖 <input type="checkbox"/>膝 <input type="checkbox"/>踝 <input type="checkbox"/>足</p> <p>右側：<input type="checkbox"/>肩 <input type="checkbox"/>肘 <input type="checkbox"/>腕 <input type="checkbox"/>手 <input type="checkbox"/>髖 <input type="checkbox"/>膝 <input type="checkbox"/>踝 <input type="checkbox"/>足</p> <p>狀況簡述：_____</p>
<p>關節活動度：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>受限(下方請勾選，可複選) <input type="checkbox"/>無法量測</p> <p>左側：<input type="checkbox"/>肩 <input type="checkbox"/>肘 <input type="checkbox"/>腕 <input type="checkbox"/>手 <input type="checkbox"/>指 <input type="checkbox"/>髖 <input type="checkbox"/>膝 <input type="checkbox"/>踝 <input type="checkbox"/>足 <input type="checkbox"/>趾</p> <p>右側：<input type="checkbox"/>肩 <input type="checkbox"/>肘 <input type="checkbox"/>腕 <input type="checkbox"/>手 <input type="checkbox"/>指 <input type="checkbox"/>髖 <input type="checkbox"/>膝 <input type="checkbox"/>踝 <input type="checkbox"/>足 <input type="checkbox"/>趾</p> <p>狀況簡述：_____</p>

其他相關狀況：

1. 異常反射：無 有，狀況簡述：_____
2. 神經受損：無 有，狀況簡述：_____
3. 異常肌肉張力：無 有，狀況簡述：_____
4. 認知能力：正常 尚可 差，狀況簡述：_____
5. 淋巴水腫：無 輕微 嚴重，狀況簡述：_____
6. 矯具穿著獨立性：獨立完成 他人部分協助 他人完全協助
7. 其他可能影響矯具使用之情形：無 有，狀況簡述：_____

姿勢評估(未使用下肢矯具之站姿，無法站立者可附註坐姿或躺姿評估；僅申請肘矯具者免填)：

1. 站姿平衡：正常 尚可 差 無法量測
 2. 軀幹位置：正常 向左偏移 向右偏移 胸椎後彎 腰椎前凸 其他：_____
 3. 骨盆位置：正常 向左傾斜 向右傾斜 過度前傾 過度後傾 其他：_____
 4. 下肢長度：相等 左側，短_____公分 右側，短_____公分 其他：_____
 5. 下肢排列：正常 異常(下方請勾選，可複選，雙側不同時請於說明欄位備註)
 - 髌彎曲 髌伸直 髌外轉 髌內轉 膝彎曲 膝伸直 膝內翻 膝外翻
 - 踝背屈 踝蹠屈 足內翻 足外翻 足內旋 足外旋 其他：_____
- 說明：_____

步態評估(未用下肢矯具評估，需使用者可附註使用下肢矯具；僅申請肘矯具、無法行走者免填)：

1. 異常步態-主要觀察部位(可複選，雙側不同時請於說明欄位備註)：
 - 軀幹：向左偏移 向右偏移 過度前傾 過度後傾
 - 骨盆：向左傾斜 向右傾斜 過度前傾 過度後傾 搖擺步態 提臀步態
 - 髌部：剪刀步態 蹲伏步態 內八步態 外八步態
 - 膝部：過度屈曲 反屈步態 僵直步態 膝內翻 膝外翻
 - 足踝：蹠腳步態 跟骨步態 垂足步態 足內翻 足外翻 足內旋 足外旋
 - 其他：_____

說明：_____
2. 步態功能品質：
 - 安全表現：正常 尚可 差 其他：_____
 - 走路頻率：正常 尚可 差 其他：_____
 - 走路速度：正常 尚可 差 其他：_____
 - 整體耐力：正常 尚可 差 其他：_____

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 213 踝足矯具-踝上矯具型(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 214 踝足矯具-固定型或金屬支架型(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 215 踝足矯具-關節型(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 216 膝踝足矯具(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 217 髌膝踝足矯具(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 218 下肢矯具配件-鞋具(托足鞋型) (<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 219 下肢矯具配件-鞋具(皮鞋型)	
<input type="checkbox"/> 項次 220 肘矯具(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 221 膝矯具(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 222 髌矯具(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	

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(雙側不同時請標示左/右)：

矯具種類	<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側
	<input type="checkbox"/> 踝足矯具： <input type="checkbox"/> 踝上矯具型 <input type="checkbox"/> 固定型 <input type="checkbox"/> 金屬支架型 <input type="checkbox"/> 關節型 <input type="checkbox"/> 膝踝足矯具 <input type="checkbox"/> 髖膝踝足矯具 <input type="checkbox"/> 下肢矯具配件： <input type="checkbox"/> 鞋具(托足鞋型) <input type="checkbox"/> 鞋具(皮鞋型) <input type="checkbox"/> 肘矯具 <input type="checkbox"/> 膝矯具 <input type="checkbox"/> 髖矯具
髖關節	<u>種類</u> ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 單軸式 <input type="checkbox"/> 多中心式 <input type="checkbox"/> 角度可調式 <u>關節鎖定</u> ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 套環上鎖 <input type="checkbox"/> 扳動上鎖 <u>角度(可複選)</u> ： <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 不受限 <input type="checkbox"/> 屈曲限制 <input type="checkbox"/> 內收限制(外展式) <input type="checkbox"/> 內轉限制 <input type="checkbox"/> 其他：_____，說明：_____
膝關節/肘關節	<u>種類</u> ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 單軸式 <input type="checkbox"/> 多中心式 <input type="checkbox"/> 角度可調式 <input type="checkbox"/> 軸心後移式 <u>關節鎖定</u> ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 套環上鎖 <input type="checkbox"/> 扳動上鎖 <input type="checkbox"/> 棘齒上鎖 <input type="checkbox"/> 自動鎖定 <input type="checkbox"/> 其他：_____，說明：_____
踝關節	<u>種類</u> ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 柔軟/彈性 <input type="checkbox"/> 熱塑關節 <input type="checkbox"/> 金屬關節 <input type="checkbox"/> 彈簧輔助關節 <u>樣式</u> ： <input type="checkbox"/> 前置式 <input type="checkbox"/> 後置式 <input type="checkbox"/> 地面作用式 <input type="checkbox"/> 承重減輕式 <input type="checkbox"/> 踝上矯具式 <u>角度(可複選)</u> ： <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 不受限 <input type="checkbox"/> 蹠屈限制 <input type="checkbox"/> 背屈限制 <input type="checkbox"/> 蹠屈輔助 <input type="checkbox"/> 背屈輔助 <input type="checkbox"/> 其他：_____，說明：_____
足部支撐	<u>種類</u> ： <input type="checkbox"/> 支架鞋 <input type="checkbox"/> 開口支架鞋 <input type="checkbox"/> 托足鞋(小包鞋) <input type="checkbox"/> 托足板 <input type="checkbox"/> 硬式鞋墊(UCBL) <input type="checkbox"/> 纖維彈性式 <u>長度</u> ： <input type="checkbox"/> 全足長 <input type="checkbox"/> 3/4 足長 <input type="checkbox"/> 1/2 足長 <input type="checkbox"/> 後跟 <u>墊高</u> ： <input type="checkbox"/> 左側_____公分 <input type="checkbox"/> 右側_____公分 <input type="checkbox"/> 其他：_____，說明：_____
主要結構或配件 (可複選)	<u>結構</u> ： <input type="checkbox"/> 內側金屬立柱 <input type="checkbox"/> 外側金屬立柱 <input type="checkbox"/> 雙側金屬立柱 <input type="checkbox"/> 大腿後支撐 <input type="checkbox"/> 小腿後支撐 <input type="checkbox"/> 前脛骨支撐 <input type="checkbox"/> 硬式金屬條 <u>固定</u> ：腰部/骨盆： <input type="checkbox"/> 腰帶 <input type="checkbox"/> 骨盆固定帶 大腿： <input type="checkbox"/> 近端大腿帶 <input type="checkbox"/> 遠端大腿帶 膝蓋： <input type="checkbox"/> 膝蓋壓皮 <input type="checkbox"/> 膝內側帶 <input type="checkbox"/> 膝外側帶 小腿： <input type="checkbox"/> 小腿固定帶 <input type="checkbox"/> 遠端脛骨帶 腳踝： <input type="checkbox"/> 內側T字帶 <input type="checkbox"/> 外側T字帶 足部： <input type="checkbox"/> 足背固定帶 <input type="checkbox"/> 前足固定帶 <input type="checkbox"/> 腳趾固定帶 其他： <input type="checkbox"/> 八字固定帶 <input type="checkbox"/> 後方限制帶 <input type="checkbox"/> 副木固定帶 <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：_____

