

花蓮縣特殊教育學生申請教育輔具評估報告書

輔具項目名稱：輪椅及推車

編號：01

一、基本資料

學生姓名		學校		班級	
身分證字號		出生	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
特教類別		身障證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請註明：類別_____等級_____		
已借用輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，1. _____ 2. _____ 3. _____				
承辦人			聯絡電話		

二、使用評估

1. 輔具使用環境(可複選)：☐室內 ☐戶外 ☐居家 ☐學校 ☐社區 ☐其他：_____

2. 輔具操控能力：☐無自行推動輪椅能力 ☐可自行推動輪椅 ☐具良好輪椅操控能力

3. 目前使用的輪椅輔具：

(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者以下免填) ☐使用年限不明

(2)現有輪椅輔具種類：☐非輕量化量產型輪椅 ☐輕量化量產型輪椅 ☐量身訂製型輪椅
☐高活動型輪椅 ☐其他：_____

附加功能(可複選)：☐具利於移位功能 ☐具仰躺功能 ☐具空中傾倒功能

(3)輔具來源：☐自購 ☐社政 ☐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

☐部分損壞或需要調整，可進行修復或調整

☐輔具仍符合使用者現在之使用需求，無需購置

☐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 ☐下肢骨折或截肢 ☐關節炎 ☐心肺功能疾病 ☐肌肉萎縮症 ☐其他：_____

身體尺寸量測：身高約_____公分，體重約_____公斤

長度單位：cm

11	_____公分	手肘高
4	_____公分	臀至膝窩長
5	_____公分	膝窩高
2	_____公分	腳間角度
10	_____公分	肩寬
9	_____公分	胸寬
3	_____公分	臀寬
1	_____公分	膝關節角度
8	_____公分	頭高
7	_____公分	肩高
6	_____公分	肩胛下角高

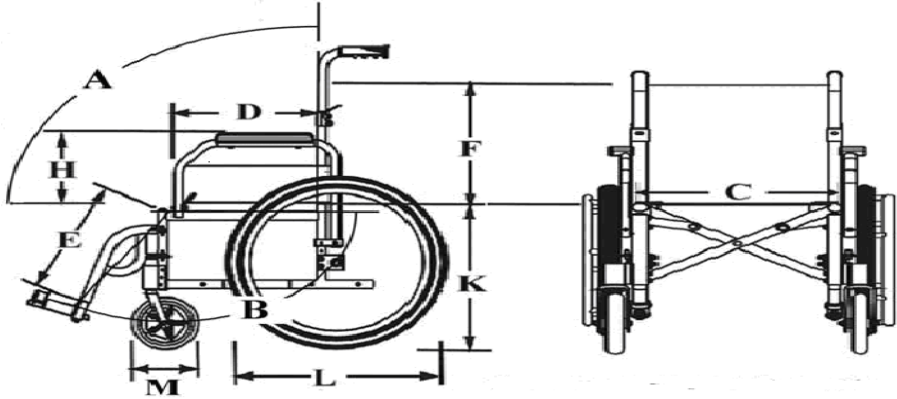
※雙側不同時請標示：左/右

身體各部位姿態	坐姿平衡	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 雙手扶持尚可維持平衡 <input type="checkbox"/> 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方			
	骨盆	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 向前/後傾 <input type="checkbox"/> 向左/右傾斜 <input type="checkbox"/> 向左/右旋轉 坐姿時骨盆經常： <input type="checkbox"/> 向前滑動 <input type="checkbox"/> 向後滑動 <input type="checkbox"/> 向左滑動 <input type="checkbox"/> 向右滑動			
	脊柱	<input type="checkbox"/> 正常或無明顯變形 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis) <input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis) <input type="checkbox"/> 其他變形：_____			
	頭部控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 <input type="checkbox"/> 完全無法控制			
	肩部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 後縮 <input type="checkbox"/> 前突			
	腕部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內收 <input type="checkbox"/> 外展 <input type="checkbox"/> 風吹式變形 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
	膝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 屈曲變形 <input type="checkbox"/> 伸直變形			
	踝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 外翻變形 <input type="checkbox"/> 蹠屈變形			
其他攣縮	部位：_____ 對坐姿擺位之影響：_____				
認知能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差		視知覺能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差	
判斷能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 錯亂或遲鈍		情緒控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差	
皮膚感覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ <input type="checkbox"/> 喪失：_____ <input type="checkbox"/> 無法施測，原因：_____				
壓瘡	<input type="checkbox"/> 未發生 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 目前有：部位：_____ 尺寸：_____公分×_____公分 分級： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV				
操作技巧 <input type="checkbox"/> 使用者 <input type="checkbox"/> 照顧者	(1)啟動/解除煞車： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 遲緩或困難 (2)在平地及坡面上執行前進、後退、轉向及停止： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 遲緩或困難 (3)以前進及後退方式在開門時限內進出電梯： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 (4)自行開門並安全通過： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 (5)於較窄的通道中穩定向前推行5公尺： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 (6)進出小轎車或馬桶、床鋪間的轉位： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 遲緩或困難 (7)上下10公分的台階： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不安全或困難				

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

類型	<input type="checkbox"/> 輪椅A款(非輕量化量產型輪椅) <input type="checkbox"/> 輪椅B款(輕量化量產型輪椅) <input type="checkbox"/> 輪椅C款(量身訂製型輪椅) <input type="checkbox"/> 推車A款 <input type="checkbox"/> 推車B款(具40公斤以上載重)	<input type="checkbox"/> 高活動型輪椅 <input type="checkbox"/> 輪椅附加功能(可複選，限輪椅B款或C款選配) <input type="checkbox"/> 輪椅附加功能A款(具利於移位功能) <input type="checkbox"/> 輪椅附加功能B款(具仰躺功能) <input type="checkbox"/> 輪椅附加功能C款(具空中傾倒功能)	
	主要使用地點： <input type="checkbox"/> 室內 <input type="checkbox"/> 戶外 <input type="checkbox"/> 均需要	主要操作者： <input type="checkbox"/> 個案本身 <input type="checkbox"/> 照顧者 <input type="checkbox"/> 兩者皆要	
	骨架形式： <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 折合式	前輪型式： <input type="checkbox"/> 實心胎 <input type="checkbox"/> 氣胎 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	後輪形式： <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 快拆 <input type="checkbox"/> 實心胎 <input type="checkbox"/> 氣胎 <input type="checkbox"/> 免充氣胎 <input type="checkbox"/> 軸心可前後調整 <input type="checkbox"/> 外展角度可依使用者需求設定 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	手推圈形式： <input type="checkbox"/> 無需求 <input type="checkbox"/> 金屬推圈 <input type="checkbox"/> 塑膠推圈 <input type="checkbox"/> 加裝梅花輪 <input type="checkbox"/> 披覆橡膠 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	煞車形式： <input type="checkbox"/> 前推式煞車 <input type="checkbox"/> 後拉式煞車 <input type="checkbox"/> 加長煞車柄 <input type="checkbox"/> 推把附煞車 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
座	椅面	<input type="checkbox"/> 一般帆布型 <input type="checkbox"/> 皮質 <input type="checkbox"/> 布質 <input type="checkbox"/> 泡棉 <input type="checkbox"/> 硬式底板 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
		<input type="checkbox"/> 輪椅座墊(附評估報告：編號第16號) 座墊總厚度：_____公分	

椅 系 統	椅背	<input type="checkbox"/> 一般帆布型 <input type="checkbox"/> 皮質 <input type="checkbox"/> 布質 <input type="checkbox"/> 泡棉 <input type="checkbox"/> 擺位系統(附評估報告：編號第03號)		
	扶手	<input type="checkbox"/> 全長式 <input type="checkbox"/> 近桌式扶手 <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 後掀式 <input type="checkbox"/> 全拆式 <input type="checkbox"/> 升降式 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	靠腳	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 垂直式 <input type="checkbox"/> 可旋開+可掀卸式 <input type="checkbox"/> 可旋開+可掀卸式+抬高式 <input type="checkbox"/> 截肢式 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 小腿靠墊 <input type="checkbox"/> 小腿靠帶		
	踏板	<input type="checkbox"/> 單片式 <input type="checkbox"/> 兩片式 <input type="checkbox"/> 旋轉式 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 腳掌帶 <input type="checkbox"/> 腳跟擋帶		
其他輪椅/推車配件： <input type="checkbox"/> 固定帶： <input type="checkbox"/> 胸帶： <input type="checkbox"/> 一字型胸帶 <input type="checkbox"/> H帶 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 骨盆帶： <input type="checkbox"/> 彈扣式織帶 <input type="checkbox"/> 兩節式粘扣帶 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 大腿環帶： <input type="checkbox"/> 彈扣式織帶 <input type="checkbox"/> 兩節式粘扣帶 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 小腿環帶： <input type="checkbox"/> 彈扣式織帶 <input type="checkbox"/> 兩節式粘扣帶 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 臀側支撐墊 <input type="checkbox"/> 大腿分隔墊 <input type="checkbox"/> 外展鞍板 <input type="checkbox"/> 內收鞍板 <input type="checkbox"/> 前膝檔板 <input type="checkbox"/> 桌板 <input type="checkbox"/> 防傾桿 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
				
坐椅尺寸與角度相關參數：(單位：公分，除非有特別加註英吋，無需某配件時該參數不填)				
座背靠夾角(A)		_____度	椅背高度(F)	_____公分
腿靠角度(B)		_____度	扶手高度(H)	左_____公分 右_____公分
座寬(C)		_____公分	座面高度(K)	_____公分
座深(D)		左_____公分 右_____公分	後輪尺寸(L)	_____英吋
腿靠長度(E)		左_____公分 右_____公分	前輪尺寸(M)	_____英吋

2. 是否需要接受使用訓練：☐需要 ☐不需要

3. 其他建議事項：_____

評估人員：_____ (簽章) 職稱：_____

評估日期：_____

花蓮縣特殊教育學生申請教育輔具評估報告書

輔具項目名稱：電動輪椅及相關配件

編號：02

一、基本資料

學生姓名		學 校		班 級	
身分證字號		出 生	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
特 教 類 別		身障證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請註明：類別_____等級_____		
已借用輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，1. _____ 2. _____ 3. _____				
學校承辦人			聯 絡 電 話		

二、使用評估

1. 輔具使用環境(可複選)：☐室內 ☐戶外 ☐學校 ☐社區 ☐經常需要行經斜坡 ☐需夜間外出
☐其他：_____

2. 預估每日需要以電動輪椅行進的距離：☐<3km ☐3km~10km ☐10km~20km ☐>20km

3. 目前使用的輪椅輔具：

(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者以下免填) ☐使用年限不明

(2)現有輪椅輔具種類：☐普通鐵製量產輪椅 ☐輕量化材質量產輪椅
☐量身訂製輪椅 ☐電動輪椅 ☐電動代步車

(3)輔具來源：☐自購 ☐社政 ☐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

☐部分損壞或需要調整，可進行修復或調整

☐輔具仍符合使用者現在之使用需求，無需購置

☐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 ☐下肢骨折或截肢 ☐關節炎 ☐心肺功能疾病 ☐肌肉萎縮症 ☐其他：_____

身體尺寸量測：身高約_____公分，體重約_____公斤

11 _____公分 手肘高		10 _____公分 肩寬		8 _____公分 頭高
4 _____公分 臀至膝窩長		9 _____公分 胸寬		7 _____公分 肩高
5 _____公分 膝窩高		3 _____公分 臀寬		6 _____公分 肩胛下角高
1 _____公分 膝關節角度	2 _____公分 髖關節角度			

長度單位：cm

※雙側不同時請標示：左/右

身體各部 位姿 態	坐姿平衡	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 雙手扶持尚可維持平衡 <input type="checkbox"/> 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方					
	骨盆	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 向前/後傾 <input type="checkbox"/> 向左/右傾斜 <input type="checkbox"/> 向左/右旋轉 坐姿時骨盆經常： <input type="checkbox"/> 向前滑動 <input type="checkbox"/> 向後滑動 <input type="checkbox"/> 向左滑動 <input type="checkbox"/> 向右滑動					
	脊柱	<input type="checkbox"/> 正常或無明顯變形 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis) <input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis) <input type="checkbox"/> 其他變形：_____					
	頭部控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 <input type="checkbox"/> 完全無法控制					
	肩部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 後縮 <input type="checkbox"/> 前突					
	腕部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內收 <input type="checkbox"/> 外展 <input type="checkbox"/> 風吹式變形 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
	膝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 屈曲變形 <input type="checkbox"/> 伸直變形					
	踝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 外翻變形 <input type="checkbox"/> 蹠屈變形 是否影響控制器操作： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
	其他攣縮	部位：_____ 對擺位或操作電動輪椅之影響：_____					
認知能力		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差(影響操作之安全性)					
判斷能力		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 錯亂或遲鈍(影響操作之安全性)					
視知覺能力		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差(影響操作之安全性)					
情緒控制		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差(影響操作之安全性)					
皮膚感覺		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ <input type="checkbox"/> 喪失：_____ <input type="checkbox"/> 無法施測，原因：_____					
壓瘡		<input type="checkbox"/> 未發生 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 目前有：部位：_____ 尺寸：_____公分×_____公分 分級： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV					
可有效執行 輔具控制的 肢體部位 (可複選)		1. 上肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 部位： <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 手腕或手掌 <input type="checkbox"/> 肩或肘 2. 下肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 部位： <input type="checkbox"/> 腿或膝 <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腳趾 3. 頭頸部位： <input type="checkbox"/> 下巴 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 嘴 4. <input type="checkbox"/> 其他部位：_____					
操作技巧		使用者			照顧者		
		可	否	可訓練	可	否	可訓練
能在合理時間內開啟/關閉電源開關							
依指令執行前進、後退、轉向及停止							
於較窄的通道中穩定向前直開 5 公尺							
在直徑 150 公分的範圍內完成直接迴轉							
以分段方式，完成狹小空間中的迴轉							
能在坡面上前進、後退、轉向及停止							
能以任何方式在開門時限內進出電梯							
在吵雜的環境能專注操作不分心							
能注意別人及自身的安全							
能自行開門並安全通過							

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

類型	<input type="checkbox"/> 一般型電動輪椅 <input type="checkbox"/> 動力底座型電動輪椅 <input type="checkbox"/> 外掛動力型手電動兩用輪椅
	驅動輪位置： <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 四輪驅動

	操作者： <input type="checkbox"/> 案主 <input type="checkbox"/> 案主與照顧者(dual control)	
座椅系統	<input type="checkbox"/> 帆布型座椅(sling seat) <input type="checkbox"/> 沙發型座椅(captain seat) <input type="checkbox"/> 擺位型座椅(rehabilitation seat)	
	<input type="checkbox"/> 加裝電動姿勢變換功能(可複選，但僅提供一項功能補助)： <input type="checkbox"/> 空中傾倒(tilt-in-space) <input type="checkbox"/> 後躺(recline) <input type="checkbox"/> 站立(standing) <input type="checkbox"/> 升降(elevating) <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	坐姿擺位配件與其他配件(可複選)： <input type="checkbox"/> 骨盆帶 <input type="checkbox"/> 臀側支撐墊 <input type="checkbox"/> 外展鞍板 <input type="checkbox"/> 內收鞍板 <input type="checkbox"/> 軀幹側支撐 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 頭靠系統，建議類型：_____ <input type="checkbox"/> 加裝前後燈具 <input type="checkbox"/> 其他加裝配件：_____ 小腿靠桿： <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 前置 <input type="checkbox"/> 後置 角度： <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 可上抬 <input type="checkbox"/> 可內外旋或拆卸 小腿支撐： <input type="checkbox"/> 小腿靠墊 <input type="checkbox"/> 小腿靠帶 <input type="checkbox"/> 足跟環 踏板形式： <input type="checkbox"/> 單片式 <input type="checkbox"/> 兩片式	
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>坐椅尺寸與角度相關參數：(單位：公分，無需某配件時該參數不填)</p> <p>座背靠夾角(A)：_____度</p> <p>腿靠角度(B)：_____度</p> <p>座寬(座墊寬度或扶手間距)：_____</p> <p>座深(D)：左_____ 右_____</p> <p>腿靠長度(E)：左_____ 右_____</p> <p>椅背高度(F)：_____</p> <p>頭靠高度(G)：_____</p> <p>扶手高度(H)：左_____ 右_____</p> <p>軀幹側支撐高度(I)：左_____~_____ 右_____~_____</p> <p>※測量基準面為座墊表面及背墊底部中間表面</p> </div> </div>	
控制器及人機介面	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/>比例式輸入系統： <input type="checkbox"/>傳統搖桿 <input type="checkbox"/>改裝搖桿頭：_____型 </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/>非比例式控制系統： <input type="checkbox"/>吹吸方式控制 <input type="checkbox"/>按鍵式控制 <input type="checkbox"/>其他：_____ </div> </div>	
	控制器程式規劃： <input type="checkbox"/> 緩和模式 <input type="checkbox"/> 動能模式 <input type="checkbox"/> 手震顫模式 <input type="checkbox"/> 需重新定義搖桿行程(joystick throw)	
	控制器需支援： <input type="checkbox"/> 電子溝通輔具(AAC) <input type="checkbox"/> 環境控制系統(EADL) <input type="checkbox"/> 電腦輸入	
	使用輸入裝置的身體部位與方式： 1. 上肢：左/右 功能： <input type="checkbox"/> 手指抓握移動 <input type="checkbox"/> 手腕或手掌移動 <input type="checkbox"/> 肩或肘按壓開關 2. 下肢：左/右 功能： <input type="checkbox"/> 腳指抓握移動 <input type="checkbox"/> 腳掌踩踏移動 <input type="checkbox"/> 腿或膝按壓開關 3. 頭頸部位： <input type="checkbox"/> 下巴往各方向移動 <input type="checkbox"/> 以頭輕敲特殊開關 <input type="checkbox"/> 以嘴吹吸氣 4. <input type="checkbox"/> 其他部位與控制方式：_____	

2. 是否需要接受使用訓練：☐需要 ☐不需要

3. 其他建議事項：_____

評估人員：_____（簽章） 職稱：_____

評估日期：_____

花蓮縣特殊教育學生申請教育輔具評估報告書

輔具項目名稱：擺位系統

編號：03

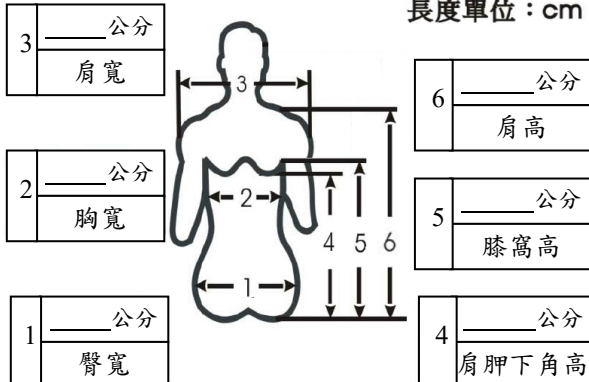
一、基本資料

學生姓名		學 校		班 級	
身分證字號		出 生	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
特 教 類 別		身障證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請註明：類別_____等級_____		
已借用輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，1. _____ 2. _____ 3. _____				
學校承辦人			聯 絡 電 話		

二、使用評估

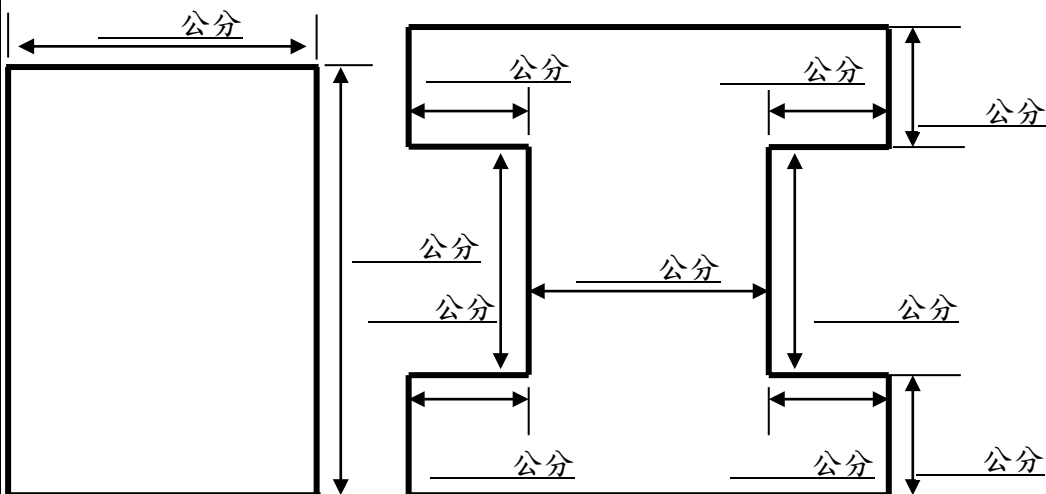
- 輔具使用環境(可複選)：☐居家 ☐學校 ☐社區 ☐其他：_____
- 目前使用的擺位系統：
 - 已使用：_____年_____月(尚未使用者以下免填) ☐使用年限不明
 - 現有擺位系統種類：☐平面型輪椅背靠 ☐曲面適形輪椅背靠 ☐軀幹側支撐架
☐頭靠系統 ☐其他：_____
 - 輔具來源：☐自購 ☐社政 ☐教育 ☐其他：_____
 - 目前使用情形：☐已損壞不堪修復，需更新
☐規格或功能不符使用者現在的需求，需更換
☐部分損壞或需要調整，可進行修復或調整
☐輔具仍符合使用者現在之使用需求，無需購置
☐其他：_____

3. 身體功能與構造：

輔具使用之相關診斷(可複選)：		
<input type="checkbox"/> 中風偏癱(左/右) <input type="checkbox"/> 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) <input type="checkbox"/> 腦性麻痺或發展遲緩 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 <input type="checkbox"/> 運動神經元疾病 <input type="checkbox"/> 下肢骨折或截肢 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 心肺功能疾病 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 腦外傷 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
身體尺寸量測：身高：_____公分，體重：_____公斤		
相關身體部位姿態	坐姿平衡 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 雙手扶持尚可維持平衡 <input type="checkbox"/> 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方	
	相關尺寸：  <p>長度單位：cm</p> <p>3 _____公分 肩寬</p> <p>2 _____公分 胸寬</p> <p>1 _____公分 臀寬</p> <p>6 _____公分 肩高</p> <p>5 _____公分 膝窩高</p> <p>4 _____公分 肩胛下角高</p> <p>Developed by CSMU, ATC & KARMA</p>	脊柱變形情形(可複選)： <input type="checkbox"/> 正常或無明顯變形 <input type="checkbox"/> 受重力作用時彎曲變形，但平躺時可回復 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎(scoliosis)： <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> S型，主要彎曲的角度_____度 主要彎曲凸向_____側，頂點在_____位置 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis) <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis) <input type="checkbox"/> 脊柱旋轉(vertebral rotation)
	7. 軀幹厚度：左_____公分，右_____公分	骨盆變形(可複選)： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 向前/後傾斜 <input type="checkbox"/> 向左/右傾斜 <input type="checkbox"/> 向左/右旋轉
	軀幹控制能力 頭頸部控制： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 癱瘓 上背部控制： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 癱瘓 下背部控制： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 癱瘓	左側控制： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 癱瘓 右側控制： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 癱瘓
上肢活動需求	<input type="checkbox"/> 需要推動輪椅 <input type="checkbox"/> 需要控制搖桿 <input type="checkbox"/> 經常需要伸到後方取物 <input type="checkbox"/> 無明顯功能	
背墊操作能力	1. 移位時放置或移除背墊的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 2. 移除或設置軀幹側支撐的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 3. 扣緊或鬆開胸部固定帶的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助	

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

<input type="checkbox"/> 背靠	<p>1. 底板形式： <input type="checkbox"/> 平面型硬式底板 <input type="checkbox"/> 預先成形曲面硬式底板</p> <p>2. 背墊材質： <input type="checkbox"/> 一般平面泡棉背墊 <input type="checkbox"/> 適形泡棉背墊 <input type="checkbox"/> 充氣式背墊 <input type="checkbox"/> 凝膠墊，種類：<input type="checkbox"/> 固態或顆粒凝膠 <input type="checkbox"/> 流體凝膠(如 Jay) <input type="checkbox"/> 填充式氣囊氣背座(如 VICAIR) <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>3. 調整功能： <input type="checkbox"/> 無調整功能 <input type="checkbox"/> 可快速拆裝 <input type="checkbox"/> 角度調整功能 <input type="checkbox"/> 座深調整功能 <input type="checkbox"/> 嵌入式吊掛系統 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>4. 尺寸：</p>  <p>※特殊功能裁切者，請於左上圖註記</p>
	<p>5. 相關配件： <input type="checkbox"/> 胸部固定帶：<input type="checkbox"/> 一字型胸帶 <input type="checkbox"/> H 型胸帶 <input type="checkbox"/> 其他形式：_____ <input type="checkbox"/> 其他配件：_____</p> <p>6. 配合背墊使用之輪椅： <input type="checkbox"/> 手動輪椅：<input type="checkbox"/> 介護型 <input type="checkbox"/> 自推型 座椅姿勢或角度變換的減壓功能：<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 電動輪椅； 座椅姿勢或角度變換的減壓功能：<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手動操作 <input type="checkbox"/> 電動操作</p> <p>※申請 A 款平面型輪椅背靠需含硬式底板及軟墊 ※申請 B 款曲面適形輪椅背靠應符合下列「所有」規範： (1) 適形硬式底板及適形軟墊 (2) 可快速拆裝設計 (3) 可調整深度或角度的嵌入式吊掛系統</p>

<input type="checkbox"/> 軀幹側支撐架	1. <input type="checkbox"/> 雙側 <input type="checkbox"/> 單側(<input type="checkbox"/> 左側/ <input type="checkbox"/> 右側) 位置：左：離座墊高_____公分～_____公分；深度：_____公分 右：離座墊高_____公分～_____公分；深度：_____公分 2. 調整功能： <input type="checkbox"/> 可調整左右位置 <input type="checkbox"/> 可調整上下位置 <input type="checkbox"/> 可調整深度 <input type="checkbox"/> 可外掀 <input type="checkbox"/> 可免工具拆除 <input type="checkbox"/> 其他：_____ ※申請 C 款軀幹側支撐架需具有依身型調整功能
<input type="checkbox"/> 頭靠系統	1. 形式： <input type="checkbox"/> 一字弧型 <input type="checkbox"/> 四爪型 <input type="checkbox"/> 門字型 <input type="checkbox"/> 五片式 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 2. 調整功能： <input type="checkbox"/> 可調整高度位置 <input type="checkbox"/> 可調整前後位置 <input type="checkbox"/> 可調整支撐面角度 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 3. 相關配件： <input type="checkbox"/> 頭部綁帶 <input type="checkbox"/> 前額支撐 <input type="checkbox"/> 下巴支撐 <input type="checkbox"/> 肩部支撐 <input type="checkbox"/> 其他：_____ ※申請 D 款頭靠系統需具有可調整支撐高度、前後位置及角度之結構

2. 是否需要接受使用訓練：☐ 需要 ☐ 不需要

3. 其他建議事項：_____

評估人員：_____（簽章） 職稱：_____
 評估日期：_____

花蓮縣特殊教育學生申請教育輔具評估報告書

輔具項目名稱：步行輔具

編號：04

一、基本資料

學生姓名		學 校		班 級	
身分證字號		出 生	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
特 教 類 別		身障證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請註明：類別_____等級_____		
已借用輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，1. _____ 2. _____ 3. _____				
學校承辦人			聯 絡 電 話		

二、使用評估

1. 輔具使用環境(可複選)：☐室內 ☐戶外 ☐居家 ☐學校 ☐社區 ☐其他：_____

2. 目前使用的步行輔具：

(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者以下免填) ☐使用年限不明

(2)現有步行輔具種類：☐拐杖-不鏽鋼 ☐拐杖-鋁製 ☐助行器 ☐帶輪型助步車(助行椅)

☐姿勢控制型助行器 ☐軀幹前臂支撐型步態訓練器 ☐其他：_____

(3)輔具來源：☐自購 ☐社政 ☐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

☐部分損壞或需要調整，可進行修復或調整

☐輔具仍符合使用者現在之使用需求，無需購置

☐其他：_____

3. 身體功能與構造：

輔具使用之相關診斷(可複選)：					
<input type="checkbox"/> 中風偏癱(左/右) <input type="checkbox"/> 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) <input type="checkbox"/> 腦性麻痺或發展遲緩 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺					
<input type="checkbox"/> 運動神經元疾病 <input type="checkbox"/> 下肢骨折或截肢 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 心肺功能疾病 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 腦外傷					
<input type="checkbox"/> 其他：_____					
三管留置狀況： <input type="checkbox"/> 氣切管留置 <input type="checkbox"/> 鼻胃管留置 <input type="checkbox"/> 尿管留置 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
身體尺寸量測：身高：_____公分，體重：_____公斤					
站立手握持高度：_____公分(手肘彎曲20度，由手掌量至第五腳趾外15公分處)					
肌肉張力	頭、頸： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張		軀幹： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張		
	左上肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張		右上肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張		
	左下肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張		右下肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張		
關節活動度	左側		右側		
	肩關節	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限	肩關節	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限	
	肘關節	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限	肘關節	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限	
	腕關節	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限	腕關節	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限	
上肢動作控制	左上肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不正常協同動作 <input type="checkbox"/> 不自主動作 <input type="checkbox"/> 動幅障礙 <input type="checkbox"/> 其他：_____				

	<p>1. 前輪 <input type="checkbox"/>定向型：<input type="checkbox"/>轉向、定向可控制型 <input type="checkbox"/>轉向角度範圍可控制型 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>2. 後輪/支柱 <input type="checkbox"/>使用固定支柱(一般拐杖頭) <input type="checkbox"/>一般定向輪：<input type="checkbox"/>單向只進不退輪 <input type="checkbox"/>阻力調整輪 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>3. 特殊配件： <input type="checkbox"/>骨盆側支撐墊 <input type="checkbox"/>骨盆懸吊帶或座墊 <input type="checkbox"/>前臂支撐配件～前臂平台高度：_____公分 <small>(站姿下由手肘量至第五腳趾外 15 公分處)</small> <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>※申請此項輔具並須提供下列配件至少 2 項： (1)轉向角度範圍或轉向、定向可控制輪 (2)單向只進不退輪或阻力調整輪 (3)骨盆側支撐墊 (4)骨盆懸吊或座墊 (5)前臂支撐配件</p>
<input type="checkbox"/> 軀幹前臂支撐型步態訓練器	<p>軀幹支撐上緣高度：_____公分(約為個案腋下高度減 5 公分) 前臂平台高度：_____公分(站姿下由手肘量至第五腳趾外 15 公分處)</p> <p>1. 前輪 <input type="checkbox"/>一般型轉向輪 <input type="checkbox"/>轉向、定向可控制型 <input type="checkbox"/>轉向角度範圍可控制型 <input type="checkbox"/>單向只進不退輪 <input type="checkbox"/>阻力調整輪 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>2. 後輪 <input type="checkbox"/>一般型定向輪 <input type="checkbox"/>一般型轉向輪 <input type="checkbox"/>轉向、定向可控制型 <input type="checkbox"/>轉向角度範圍可控制型 <input type="checkbox"/>單向只進不退輪 <input type="checkbox"/>阻力調整輪 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>3. 特殊配件： <input type="checkbox"/>踝足分隔配件 <input type="checkbox"/>大腿分隔配件 <input type="checkbox"/>骨盆懸吊帶或座墊 <input type="checkbox"/>其他配件：_____</p> <p>※申請此項輔具並須提供下列配件至少 3 項： (1)轉向角度範圍或轉向、定向可控制輪。 (2)單向只進不退輪或阻力調整輪。 (3)踝足分隔配件 (4)大腿分隔配件。 (5)骨盆懸吊或座墊。</p>

2. 是否需要接受使用訓練：☐需要 ☐不需要

3. 其他建議事項：_____

評估人員：_____ (簽章) 職稱：_____

評估日期：_____

花蓮縣特殊教育學生申請教育輔具評估報告書

輔具項目名稱：助聽器、調頻系統

一、基本資料

學生姓名		學 校		班 級	
身分證字號		出 生		性 別	
特 教 類 別		身障證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請註明：類別_____ 等級_____		
已借用輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，1. 助聽器 2. 調頻系統 3. _____				
學校承辦人			聯 絡 電 話		

二、聽力評估 (配戴前之聽力評估以純音聽力檢查為主要檢查項目)

閾 值 / 頻 率 測 驗 分 貝	250Hz	500Hz		1KHz		2KHz		4KHz	
	氣導	氣導	骨導	氣導	骨導	氣導	骨導	氣導	骨導
右耳									
左耳									

右耳氣導純音閾值平均值：_____分貝(500Hz、1KHz、2KHz、4KHz)

左耳氣導純音閾值平均值：_____分貝(500Hz、1KHz、2KHz、4KHz)

三、輔具使用評估

1. 目前使用的助聽器 (☐新申請-尚未使用者以下免填)：

(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者以下免填) ☐使用年限不明

(2)現有助聽器種類： ☐耳掛型 ☐耳內型 ☐其他：_____

(3)輔具來源：☐自購 ☐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，但需要另行購置一款於不同場所使用

☐部分損壞或需要調整，可進行修復或調整

☐其他：_____

(5) 目前使用的個人助聽輔具

☐助聽器：☐左耳-廠牌：_____、型號：_____。

☐右耳-廠牌：_____、型號：_____。

☐人工電子耳：☐左耳-廠牌：_____、型號：_____。

☐右耳-廠牌：_____、型號：_____。

☐其他：_____。

2. 目前使用的調頻系統 (☐新申請-尚未使用者以下免填)：

(1)已使用：_____年_____月 ☐使用年限不明。

廠牌：_____ 型號：_____

(2)輔具來源：☐自購 ☐教育 ☐其他：_____

- (3)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，但需要另行購置一款於不同場所使用
☐部分損壞或需要調整，可進行修復或調整
☐其他：_____

四、學校情境聽能評估：

聽力損失的影響	<input type="checkbox"/> 老師在教室前方說話時聽不清楚內容 <input type="checkbox"/> 老師背對我說話時聽不清楚內容 <input type="checkbox"/> 老師邊走動邊說話時聽不清楚內容 <input type="checkbox"/> 聽寫考試，老師直接唸題目聽不清楚內容 <input type="checkbox"/> 聽寫考試，用錄音機播放題目聽不清楚內容 <input type="checkbox"/> 上課時教室風扇或冷氣機開啟時聽不清楚內容 <input type="checkbox"/> 上課時走廊上有噪音出現 <input type="checkbox"/> 上課時教室外有噪音出現 <input type="checkbox"/> 上課時有其他同學會製造噪音 <input type="checkbox"/> 班級討論，聽取其他同學的回答或發言內容聽不清楚內容 <input type="checkbox"/> 小組討論(3-4人)，聽取其他同學的回答或發言時聽不清楚內容
---------	---

五、建議：

1. 輔具規格配置：

助聽器建議	配戴於： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 雙耳 建議評估或搭配使用其他聽覺輔具： <input type="checkbox"/> 人工電子耳 <input type="checkbox"/> FM調頻系統
FM調頻系統建議	配戴於： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 雙耳 <input type="checkbox"/> 電子耳人工介面

2. 是否需要接受使用訓練：☐需要 ☐不需要

3. 其他建議事項：_____

評估人員：_____（簽章） 職稱：_____

評估日期：_____

花蓮縣特殊教育學生申請教育輔具評估報告書

輔具項目名稱：溝通輔具及人工講話器

編號：06

一、基本資料

學生姓名		學 校		班 級	
身分證字號		出 生	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
特 教 類 別		身障證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請註明：類別_____等級_____		
已借用輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，1. _____ 2. _____ 3. _____				
學校承辦人			聯 絡 電 話		

二、使用評估

- 輔具使用環境(可複選)：☐居家 ☐學校 ☐社區 ☐其他：_____
- 最需要之溝通表達內容(可複選)：☐基本需求 ☐資訊分享 ☐建立關係 ☐社交禮儀
☐自我溝通 ☐課業學習 ☐工作需求 ☐醫療服務
☐社區應用 ☐其他：_____
- 目前使用的溝通輔具：
 - (1)已使用：_____年_____月(尚未使用者以下免填) ☐使用年限不明
 - (2)廠牌規格型號：_____
 - (3)輔具來源：☐自購 ☐社政 ☐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
☐部分損壞或需要調整，可進行修復或調整
☐輔具仍符合使用者現在之使用需求，無需購置
☐其他：_____
 - (5)目前主要照顧者：_____ 與個案關係：_____ 年齡：_____

5. 言語-語言功能與能力評估：

(1)言語「溝通-理解」活動表現：

言語理解的能力？(評估時不可以提供口語以外任何型式之溝通訊息提示，例如肢體語言、臉部表情或視覺符號等非語言線索)
<input type="checkbox"/> 0 無明顯異常，可以聽懂日常生活、工作及社交等情境中的各種對話、指令與訊息
<input type="checkbox"/> 1 可聽懂大部分有主題或情境線索的結構性對話或言語訊息；但對快速、大量或複雜的語句則無法完全理解
<input type="checkbox"/> 2 可聽懂簡單的是非問題及指令，亦可以理解部份簡單日常生活對話；但對較複雜的對話或指令有理解上的困難
<input type="checkbox"/> 3 經常需要言語提示才能聽懂日常生活中的簡單對話、指令或與自身相關的簡單語彙
<input type="checkbox"/> 4 完全無法理解言語訊息
<input type="checkbox"/> 8 有困難，但無法判斷個案的能力或表現

(2)非語言「溝通-理解」活動表現：

圖卡與相片的理解能力？
<input type="checkbox"/> 0 能了解日常生活中的圖像或相片所表達的意思
<input type="checkbox"/> 1 能了解大部分日常生活中的圖像或相片所表達的意思
<input type="checkbox"/> 2 能了解多數日常生活中的圖像或相片所表達的意思
<input type="checkbox"/> 3 能了解少數日常生活中的圖像或相片所表達的意思
<input type="checkbox"/> 4 完全無法日常生活中的圖像或相片所表達的意思
<input type="checkbox"/> 8 有困難，但無法判斷個案的能力或表現

(3)聲音的產生活動表現：

是否能發出聲音？(是指經由個案本身生理構造所產生的音聲能力與音聲共鳴之生理表現)
<input type="checkbox"/> 0 喉部發聲機轉正常，無明顯發聲困難
<input type="checkbox"/> 1 能發出聲音但音量較正常略小；聲帶黏膜病變無法產生規律振動且無法矯治
<input type="checkbox"/> 2 能發出聲音，音量雖小但尚可辨認；喉部分切除或喉神經肌肉病變無法順利產生言語所需之嗓音
<input type="checkbox"/> 3 能發出聲音但音量過小且不易辨識；喉近全切除或喉部無法產生言語聲源
<input type="checkbox"/> 4 無法用言語或聲音與人溝通；喉部經手術全部摘除，發聲機能全廢
<input type="checkbox"/> 8 有困難，但無法判斷個案的能力或表現

(4)言語「溝通-表達」活動表現：

言語表達的能力？
<input type="checkbox"/> 0 言語表達沒有困難，且在日常生活、工作及社交活動中，都可以正確使用流利及清晰的言語與人溝通
<input type="checkbox"/> 1 可以在各種情境中與熟悉或不熟悉的人進行言語溝通，但說話時偶爾會因語句不完整、找字困難、語意不明、語音不清晰、說話不流暢、發聲困難等問題，對日常活動參與及工作上與人溝通對話的流暢度及效度有輕微影響
<input type="checkbox"/> 2 說話時常因語句簡短不完整、詞不達意、有明顯的語音不清、說話不流暢、發聲困難等問題，以致只有熟悉者才能瞭解其意，對日常生活參與及工作上與人溝通對話的流暢度及效度，造成明顯限制，且有中度影響
<input type="checkbox"/> 3 言語表達有顯著困難，只能說出片語，且有語意錯誤，或有嚴重語音不清、說話不流暢、發聲困難等問題，以致連熟悉的溝通夥伴也僅能了解其部份意思。常須大量協助，因此，對日常生活參與及工作上與人溝通對話的流暢度及效度造成明顯限制，且有嚴重影響
<input type="checkbox"/> 4 完全無法以言語表達需求
<input type="checkbox"/> 8 有困難，但無法判斷個案的能力或表現

(5)輔助性語言-圖卡句構「溝通-表達」活動表現(再加上非口語的圖卡部分表格)：

圖卡與相片的運用能力？
<input type="checkbox"/> 0 可以用畫/繪圖方式或圖卡和相片來傳達訊息，沒有明顯困難
<input type="checkbox"/> 1 能運用 4 張以上的圖片與相片來傳達大部份訊息，但對複雜或需要結構性的想法，仍有表達上的困難
<input type="checkbox"/> 2 能運用 4 張圖卡與相片來傳遞部份訊息
<input type="checkbox"/> 3 只能運用 4 張圖卡與相片來傳遞少部份訊息
<input type="checkbox"/> 4 完全無法運用圖卡與相片來傳遞訊息

☐8 有困難，但無法判斷個案的能力或表現

(6)輔助性語言-符號運用「溝通-表達」活動表現：

符號的運用能力？

☐0 能運用日常生活中的符號來傳遞訊息，且無明顯困難

☐1 能運用日常生活中大部分的符號來傳遞訊息，但對於複雜的符號使用上有困難

☐2 能運用日常生活中許多的符號來傳遞訊息

☐3 只能運用日常生活中少數的符號來傳遞訊息

☐4 完全無法運用符號來傳遞訊息

☐8 有困難，但無法判斷個案的能力或表現

(7)書寫表達活動表現：

文字/注音符號的運用能力？

☐0 可自行正確書寫文字訊息，且與其教育程度相符，可拼出完整且正確的溝通訊息，在日常生活、工作、社交中不會造成困擾

☐1 可自行書寫簡單文字訊息，如留言、填寫表單等，但在書寫較複雜的句子或短文時，偶而需要他人協助；雖可拼出完整且正確的溝通訊息，但在日常生活、工作、社交中仍會造成輕微困擾

☐2 可自行書寫個人基本資料及語彙、片語、數字，但書寫完整句子或短文則有困難，經常需要他人協助；僅能拼出部分常用的溝通訊息，在日常生活、工作、社交中仍會造成中度困擾

☐3 只能書寫常用單字(如自己的姓名)，經常需要他人協助；由於只能拼出少數常用的溝通訊息，在日常生活、工作、社交中仍會造成嚴重困擾

☐4 無法寫出任何可供辨識的文字；完全無法拼音

☐8 有困難，但無法判斷個案的能力或表現

(8)文字閱讀活動表現：

國字閱讀的能力？

☐0 可以閱讀日常生活或工作中的各種文字訊息

☐1 可以閱讀生活中一般的文字訊息，但對於複雜的書報雜誌或文章偶爾需要協助，在閱讀上有輕度困難

☐2 可閱讀生活中常用的片語、短句、數字、站牌等簡單文字訊息，但對於較長較複雜的句子或書報雜誌、表單說明，有閱讀困難而經常需要他人協助，在閱讀上有中度困難

☐3 只能閱讀少數文字，經常須大量協助才能理解日常生活中簡單文字訊息，在閱讀上有嚴重困難

☐4 完全無法閱讀

☐8 有困難，但無法判斷個案的能力或表現

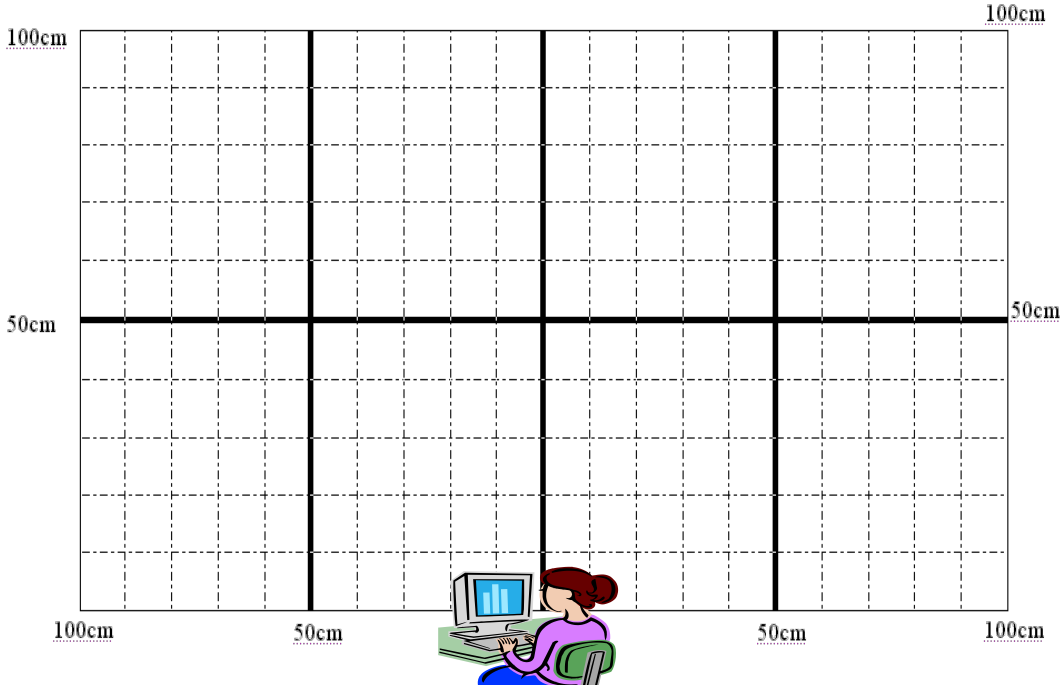
6. 動作功能評估：

(1)肢體操作能力：

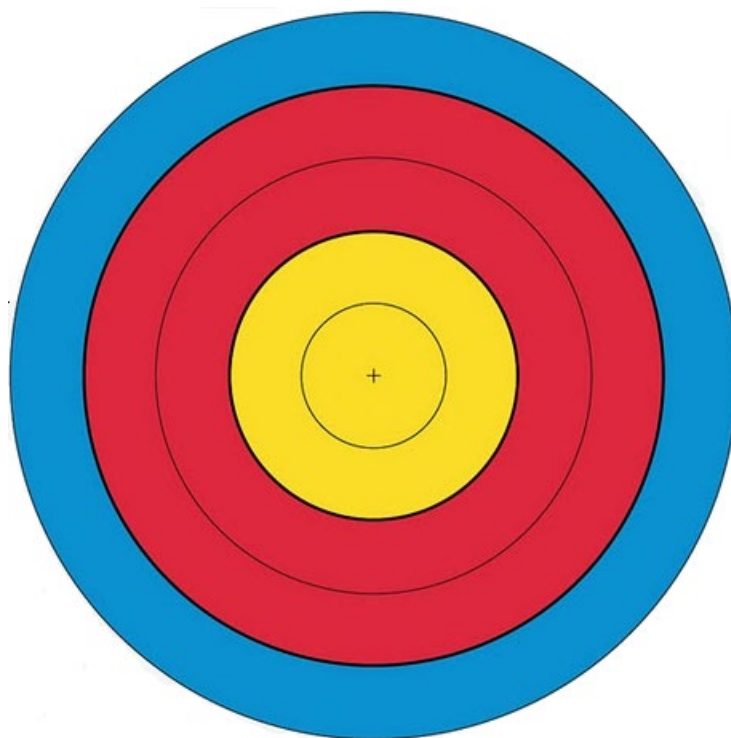
能用手指和手控制、支配或引導某物？

<input type="checkbox"/> 0 用手指和手控制、支配或引導某物沒有明顯的困難
<input type="checkbox"/> 1 用手指和手控制、支配或引導某物有輕度的困難，需要他人從旁提醒或協助才能完成
<input type="checkbox"/> 2 用手指和手控制、支配或引導某物有中度的困難，偶爾須藉由他人身體的協助才能完成
<input type="checkbox"/> 3 用手指和手控制、支配或引導某物有重度的困難，大部份需要他人給予身體的協助才能完成
<input type="checkbox"/> 4 無法用手指和手控制、支配或引導某物，完全需要他人身體的協助才能完成
<input type="checkbox"/> 8 有困難，但無法判斷個案的能力或表現

(2)肢體實際操作能力評估(如果肢體操作能力等級為4，請從10.溝通表達策略填答)：

	<p>主要操作部位(可複選)：</p> <p><input type="checkbox"/>手(<input type="checkbox"/>左/<input type="checkbox"/>右) (<input type="checkbox"/>手指/<input type="checkbox"/>手掌/<input type="checkbox"/>手肘)</p> <p><input type="checkbox"/>腳(<input type="checkbox"/>左/<input type="checkbox"/>右) (<input type="checkbox"/>腳趾/<input type="checkbox"/>腳跟)</p> <p><input type="checkbox"/>其他：_____</p>
<p>操作域 (依操作範圍繪製)</p>	
	<p>最佳操作部位：</p> <p><input type="checkbox"/>手(<input type="checkbox"/>左/<input type="checkbox"/>右) (<input type="checkbox"/>手指/<input type="checkbox"/>手掌/<input type="checkbox"/>手肘)</p> <p><input type="checkbox"/>腳(<input type="checkbox"/>左/<input type="checkbox"/>右) (<input type="checkbox"/>腳趾/<input type="checkbox"/>腳跟)</p> <p><input type="checkbox"/>其他：_____</p>

壓按點選最佳準確度（記錄三次最佳之落點）



7. 溝通表達策略：

(1)非語言的溝通表達方式：

<input type="checkbox"/>	使用身體的姿勢動作或身體語言溝通表達(包含自然手勢、眼神、臉部表情等)
<input type="checkbox"/>	其他：_____

(2)言語、圖片/文字訊息的溝通表達方式(可複選)：

※依據個案之理解/表達能力，建議所需溝通之訊息量：

☐12 個以內 ☐13-64 個 ☐65-150 個 ☐151 個以上

<input type="checkbox"/> 直接以言語交談(使用人工發聲器)
<input type="checkbox"/> 運用圖卡、相片、信號、符號等方式表達
<input type="checkbox"/> 運用溝通版面、溝通簿、溝通簿皮夾表達
<input type="checkbox"/> 運用注音符號拼音來表達：
<input type="checkbox"/> 直接書寫注音拼音
<input type="checkbox"/> 需使用拼音工具(如：注音板、電腦注音輸入法、特殊注音軟體、注音拼音筆等)
<input type="checkbox"/> 運用文字表達：
<input type="checkbox"/> 直接書寫文字
<input type="checkbox"/> 使用電腦打字(可搭配電腦輸入法，如：新注音、倉頡、嘸蝦米等)
<input type="checkbox"/> 使用具有文字的溝通版面打字(須依據個人需求設計版面，如：將常用語彙分類，以方便其檢索選取)
<input type="checkbox"/> 其他：_____

(3)其他溝通表達方式：

<input type="checkbox"/> 使用手語或指語
<input type="checkbox"/> 其他：_____

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

溝通輔具分類		溝通輔具類別	建議之溝通輔具產品	補助相關規定
<input type="checkbox"/>	人工講話器	人工講話器 -一般型	<input type="checkbox"/> 一般型人工講話器	一般型及電子型僅擇一申請
		人工講話器 -電子型	<input type="checkbox"/> 電子型人工講話器	
<input type="checkbox"/>	溝通圖卡	溝通輔具-A 款 (圖卡兌換溝通系統)	<input type="checkbox"/> 圖卡 <input type="checkbox"/> 溝通版面(圖像/注音) <input type="checkbox"/> 溝通版面(文字) <input type="checkbox"/> 圖卡兌換溝通系統 <input type="checkbox"/> 其他：_____	本款屬無語音輸出之溝通設備，應包括至少 1,000 個溝通符號之圖卡、句條、圖卡展示和收納設備以及訓練手冊與訓練影片
<input type="checkbox"/>	語音溝通器/軟體	溝通輔具-B 款 (低階固定版面型語音溝通器)	<input type="checkbox"/> 單鍵語音溝通器 <input type="checkbox"/> 單層語音溝通器 <input type="checkbox"/> 多層語音溝通器 <input type="checkbox"/> 其他：_____	本款屬低階語音溝通器，可依使用者需求自行設計溝通版面，並具重複錄音或記憶溝通訊息與放音功能
		溝通輔具-C 款 (高階固定版面型語音溝通器)	<input type="checkbox"/> 語音溝通筆 <input type="checkbox"/> 多層語音溝通板 (150 句以上) <input type="checkbox"/> 其他：_____	本款屬高階語音溝通器，可依使用者需求自行設計溝通版面，至少可錄製 150 句語音，並具重複錄音或記憶溝通訊息與放音功能
		溝通輔具-D 款 (具掃描功能固定版面型語音溝通器)	<input type="checkbox"/> 具掃描功能之單層語音溝通器 <input type="checkbox"/> 語音掃描 <input type="checkbox"/> 視覺掃描 <input type="checkbox"/> 具掃描功能之多層語音溝通器 <input type="checkbox"/> 語音掃描 <input type="checkbox"/> 視覺掃描 <input type="checkbox"/> 其他：_____	本款屬固定版面型語音溝通器，除具重複錄音或記憶溝通訊息與放音功能外，另需提供至少一種掃描功能
		溝通輔具-E 款 (語音溝通軟體)	<input type="checkbox"/> Windows-based 語音溝通軟體 <input type="checkbox"/> Mac OS-based(含 iOS) 語音溝通軟體 <input type="checkbox"/> Android-based 語音溝通軟體 <input type="checkbox"/> 其他：_____	本款為語音溝通軟體，可安裝於一般電腦，軟體應具重複錄放音及動態版面顯示功能，並提供至少 1,000 個溝通符號，供溝通版面設計之用，軟體需具掃描功能

		溝通輔具-F 款 (動態版面型語 音溝通器)	<input type="checkbox"/> 小尺寸(5 吋以下)觸控螢 幕式語音溝通器 <input type="checkbox"/> 中尺寸(5~10 吋)觸控螢 幕式語音溝通器 <input type="checkbox"/> 大尺寸(10 吋以上)觸控 螢幕式語音溝通器 <input type="checkbox"/> 其他：_____	本款屬液晶觸控專用型語音 溝通器，應提供版面設計軟 體(至少有 1,000 個溝通符 號，供溝通版面設計之用)、 重複錄放音及至少兩種合成 語音功能
<input type="checkbox"/>	其他特殊 需求	<input type="checkbox"/> 作業系統協助工具設定 <input type="checkbox"/> 其他：_____		

2. 相關操作介面建議：

(1)滑鼠指標操控輔具(可複選)：

☐ 搖桿滑鼠 ☐ 軌跡球 ☐ 觸控型無線簡報器 ☐ 觸控螢幕 ☐ 頭控滑鼠 ☐ 吹吸嘴控滑鼠
☐ 眼控滑鼠 ☐ 微軟滑鼠設定 ☐ 平板電腦 ☐ 其他：_____

(2)其他操作介面輔具：

☐ 語音控制/輸入 ☐ 手寫板輸入 ☐ 點讀筆 ☐ 其他：_____

3. 是否需要接受使用訓練：☐ 需要 ☐ 不需要

4. 其他建議事項：_____

評估人員：_____ (簽章) 職稱：_____

評估日期：_____

花蓮縣特殊教育學生申請教育輔具評估報告書

輔具項目名稱：視覺及相關輔具

編號：07

一、基本資料

學生姓名		學 校		班 級	
身分證字號		出 生	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
特 教 類 別		身障證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請註明：類別_____ 等級_____		
已借用輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，1. _____ 2. _____ 3. _____				
學校承辦人			聯 絡 電 話		

二、使用評估

- 驗光報告：☐有，驗光單位：_____ ☐無
- 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)：☐居家 ☐學校 ☐社區 ☐職場
- 輔具使用情境(可複選)：☐短訊息閱讀 ☐長時間閱讀 ☐資料蒐集 ☐筆記或記錄
☐特定物件辨識 ☐閱讀新聞 ☐一般溝通 ☐其他：_____
- 目前使用的視覺輔具：
 - (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 ☐教育 ☐勞政 ☐其他：_____
 - (3)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，但需要另行購置一部於不同場所使用
☐其他：_____
- 身體功能與構造：
 - (1)相關診斷：
 ☐白內障(術前、後) ☐青光眼 ☐黃斑部病變 ☐老年性黃斑部病變 ☐視神經萎縮
☐視網膜色素變性 ☐視網膜剝離 ☐糖尿病視網膜病變 ☐白化症 ☐弱視
☐葡萄膜炎 ☐外傷 ☐中風偏癱(左/右) ☐腦性麻痺或發展遲緩 ☐腦外傷
☐其他：_____
 - (2)屈光狀態：
 ☐正常 ☐近視 ☐遠視 ☐散光 ☐老花眼
 - (3)眼睛外觀：
 右眼：☐正常 ☐角膜混濁 ☐鞏膜、結膜充血 ☐眼瞼閉合 ☐其他
☐眼球震顫 ☐斜視(☐上斜視 ☐下斜視 ☐內斜視 ☐外斜視)
 左眼：☐正常 ☐角膜混濁 ☐鞏膜、結膜充血 ☐眼瞼閉合 ☐其他
☐眼球震顫 ☐斜視(☐上斜視 ☐下斜視 ☐內斜視 ☐外斜視)
- 視覺能力與摸讀能力

補助項目	必備條件	評估報告/評估日期
------	------	-----------

補助項目	必備條件	評估報告/評估日期
點字機(打字機)	<input type="checkbox"/> 本報告	<input type="checkbox"/> 詳見本報告『規格配置建議』
特製眼鏡	<input type="checkbox"/> 本報告	<input type="checkbox"/> 附件三驗光表 日期： 年 月 日
包覆式濾光眼鏡	<input type="checkbox"/> 本報告	<input type="checkbox"/> 附件一功能性視覺評估報告 日期： 年 月 日
手持望遠鏡	<input type="checkbox"/> 8 倍以上需試用 <input type="checkbox"/> 本報告	<input type="checkbox"/> 附件一功能性視覺評估報告 日期： 年 月 日
放大鏡	<input type="checkbox"/> 本報告	<input type="checkbox"/> 附件一功能性視覺評估報告 日期： 年 月 日
點字觸摸顯示器	<input type="checkbox"/> 6 歲以上 <input type="checkbox"/> 具點字辨識能力 <input type="checkbox"/> 個人電腦基本配備	<input type="checkbox"/> 附件二點字摸讀評估報告 日期： 年 月 日
擴視機	<input type="checkbox"/> 視力具備指數視力	<input type="checkbox"/> 附件一功能性視覺評估報告 日期： 年 月 日
視障用螢幕報讀軟體	<input type="checkbox"/> 6 歲以上 <input type="checkbox"/> 個人電腦基本配備 <input type="checkbox"/> 本報告	<input type="checkbox"/> 詳見本報告『規格配置建議』
視障用視訊放大軟體	<input type="checkbox"/> 6 歲以上 <input type="checkbox"/> 個人電腦基本配備	<input type="checkbox"/> 附件一功能性視覺評估報告 日期： 年 月 日

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

☐點字機(打字機)之功用：☐讀寫訓練 ☐訊息記錄 ☐標籤記號 ☐文書溝通 ☐其他：_____

☐特製眼鏡之功用：☐近用 ☐中距離 ☐遠用 ☐戶外 ☐室內 ☐其他：_____

內容：☐屈光矯正 ☐斜視矯正 ☐放大 ☐望遠 ☐延伸視野 ☐防眩光

☐增強對比 ☐其他：_____

☐包覆式濾光眼鏡：☐包覆式(顏色：_____色，☐室內 ☐戶外 ☐閱讀 ☐其他：_____)

☐其他如下兩款者(未列入補助範圍)：

☐內掛式(顏色：_____色，☐室內 ☐戶外 ☐閱讀 ☐其他：_____)

☐前夾式(顏色：_____色，☐室內 ☐戶外 ☐閱讀 ☐其他：_____)

☐手持望遠鏡：超過 8 倍者需進行以下試用

☐試用規格_____×_____mm，(_____)

☐放大鏡：同時載明倍率與屈光度、非球面鏡片、倍率應高於 2 倍及屈光度高於 8

☐文鎮式：_____×_____D，或_____×_____mm

☐口袋型：_____×_____D

☐手持式：_____×_____D

☐站立式：_____×_____D

☐手持照明：_____×_____D

☐站立式照明：_____×_____D

☐其他：_____

☐點字觸摸顯示器 A 款：20 方以上且 8 點顯示、可支援 1 種以上視窗版中英文視障用電腦報讀軟體

☐點字觸摸顯示器 B 款：含 A 款所有功能及規格，且總重量 2 公斤以下

☐可攜式擴視機 A 款：螢幕尺寸 2.8 英吋以上、色彩模式 3 組(黑白、負片、彩色模式)以上、支援放大與縮小功能且倍率為 6 倍以上者

☐可攜式擴視機 B 款：螢幕尺寸 3.5 英吋以上、色彩模式 3 組(黑白、負片、彩色模式)以上、支援放大與縮小功能且倍率為 6 倍以上，經評估所需以下其他功能配備 3 項以上者

☐亮度調整 ☐對比調整 ☐望遠 ☐記憶或儲存畫面 ☐6.5 吋以上螢幕

☐觸控螢幕 ☐螢幕角度調整 ☐連接電腦或電視 ☐書寫支架或把手

☐桌上型擴視機 A 款：色彩模式 3 組以上、支援放大與縮小功能且倍率在 30 倍以上、可自動對焦或可切換手動對焦者

☐桌上型擴視機 B 款：色彩模式 5 組(如增加藍黃、黑黃或其他組合)以上、支援放大與縮小功能且倍率在 40 倍以上、可自動對焦及可切換自動手動對焦，經評估所需以下其他功能配備 5 項以上者

☐亮度調整 ☐對比調整 ☐望遠 ☐記憶 ☐儲存 ☐托盤 ☐導引線

☐定位指示 ☐焦距鎖定 ☐可旋轉鏡頭 ☐一體成型且螢幕可調整

☐與電腦畫面分割

☐視障用螢幕報讀軟體 A 款：具備中英文語音報讀功能、支援字形字義解釋功能、可使用無字天書輸入法、具朗讀點字檔案功能、可支援點字觸摸顯示器

☐視障用螢幕報讀軟體 B 款：具備中英文語音報讀功能、支援多語音方案朗讀功能、支援字形字義前後解釋詞彙功能、具模擬滑鼠座標導引功能、可支援觸摸點字顯示器

☐視障用螢幕報讀軟體 C 款：具備中英文語音報讀功能、支援圖形標記功能、完整支援 office 系列軟體、具備閱讀 PDF 檔案功能、可支援觸摸點字顯示器。

☐視障用視訊放大軟體：至少 6 倍以上之螢幕放大功能、滑鼠指標及文字編輯游標具多種放大提示調整之選擇、螢幕顯示色相可作多模式切換(含高反差、對比色、十字導引、平滑字形等)放大顯示視窗可選擇分割視窗、全螢幕顯示或區塊顯示

☐語音手機：具各層選單之語音報讀、文字簡訊播報、開關機聲音或震動提示、語音播報通訊錄內容及來電號碼等功能

☐其他電腦相關軟硬體或建議：_____

☐其他：_____

2. 是否需要接受使用訓練：☐需要 ☐不需要

3. 其他建議事項：_____

評估人員：_____（簽章）

職稱：_____

評估日期：_____

花蓮縣特殊教育學生申請教育輔具評估報告書

輔具項目名稱：電腦輔具

編號：08

一、基本資料

學生姓名		學 校		班 級	
身分證字號		出 生	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
特 教 類 別		身障證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請註明：類別_____等級_____		
已借用輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，1. _____ 2. _____ 3. _____				
學校承辦人			聯 絡 電 話		

二、使用評估

1. 輔具使用環境(可複選)：☐居家 ☐學校 ☐社區 ☐書桌椅 ☐輪椅 ☐床上 ☐其他：_____

2. 基本電腦操作能力(可複選)：☐無 ☐設備啟動/關閉 ☐網頁瀏覽 ☐文書處理 ☐專業軟體

3. 目前使用的電腦輔具：

(1)已使用：____年____月(尚未使用者免填) ☐使用年限不明

(2)現有電腦輔具種類(可複選)：☐替代性滑鼠 ☐替代性鍵盤 ☐其他：_____

(3)輔具來源：☐自購 ☐社政 ☐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

☐部分損壞或需要調整，可進行修復或調整

☐仍符合使用者現在之使用需求，無需購置

☐其他：_____

(5)目前主要照顧者：_____ 與個案關係：_____ 年齡：_____

是否能協助個案使用此輔具：☐是 ☐否

4. 身體與功能構造：

輔具使用之相關診斷 (可複選)：			
<input type="checkbox"/> 中風偏癱(左/右) <input type="checkbox"/> 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 學習障礙			
<input type="checkbox"/> 運動神經元疾病 <input type="checkbox"/> 骨折或截肢 <input type="checkbox"/> 心肺功能疾病 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 腦外傷 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
感覺知覺及認知功能評估：			
視 覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 無法施測	觸 覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 無法施測
聽 覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 無法施測		
視知覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 缺損(可複選)：(<input type="checkbox"/> 注視 <input type="checkbox"/> 追視 <input type="checkbox"/> 持續力 <input type="checkbox"/> 圖像辨認 <input type="checkbox"/> 完形 <input type="checkbox"/> 主題背景辨識 <input type="checkbox"/> 深度覺) <input type="checkbox"/> 無法施測		
警醒度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 無法施測	注 意 力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 無法施測
認知能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 缺損(可複選)：(<input type="checkbox"/> 記憶力 <input type="checkbox"/> 概念形成 <input type="checkbox"/> 學習能力) <input type="checkbox"/> 無法施測		
溝通及語言能力：			
書 寫 表 達	<input type="checkbox"/> 複雜句 <input type="checkbox"/> 簡單句 <input type="checkbox"/> 圖像 <input type="checkbox"/> 符號	閱 讀 理 解	<input type="checkbox"/> 複雜句 <input type="checkbox"/> 簡單句 <input type="checkbox"/> 圖像 <input type="checkbox"/> 符號
坐姿平衡能力： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 雙手扶持尚可維持平衡 <input type="checkbox"/> 雙手扶持難以維持平衡			

在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方	
可有效執行輔具控制的肢體部位：(可複選，請評估兩個以上最佳操控部位)	
上肢	<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 部位： <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 手腕或手掌 <input type="checkbox"/> 肩或肘
下肢	<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 部位： <input type="checkbox"/> 腿或膝 <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腳趾
頭頸及五官	<input type="checkbox"/> 下巴 <input type="checkbox"/> 臉頰 <input type="checkbox"/> 嘴 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 眼
其他部位	請說明：_____

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

操作姿勢與擺位系統	<input type="checkbox"/> 坐姿	<input type="checkbox"/> 不需特殊設備調整 桌子： <input type="checkbox"/> 可調角度 <input type="checkbox"/> 桌板 <input type="checkbox"/> 升降桌 椅子： <input type="checkbox"/> 靠背 <input type="checkbox"/> 扶手 <input type="checkbox"/> 擺位椅 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	<input type="checkbox"/> 平躺姿 <input type="checkbox"/> 趴姿 <input type="checkbox"/> 側躺 <input type="checkbox"/> 其他：_____	床： <input type="checkbox"/> 一般床 <input type="checkbox"/> 居家用照護床 擺位配件： <input type="checkbox"/> 側躺板 <input type="checkbox"/> 楔型板 <input type="checkbox"/> 床上桌 <input type="checkbox"/> 床邊桌 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
主機/顯示器	<input type="checkbox"/> 桌上型主機/螢幕 <input type="checkbox"/> 桌上液晶螢幕 <input type="checkbox"/> 筆記型電腦 <input type="checkbox"/> 觸控螢幕電腦 <input type="checkbox"/> 裝設懸吊式螢幕/鍵盤 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
輔助輸出介面	<input type="checkbox"/> 不需特殊調整 <input type="checkbox"/> 輸出軟體調整： <input type="checkbox"/> 視窗放大鏡(倍率：_____) <input type="checkbox"/> 調整螢幕亮度 <input type="checkbox"/> 使用高對比 <input type="checkbox"/> 調整游標/圖示/字型大小 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 視障用螢幕報讀軟體(詳見評估建議書) <input type="checkbox"/> 視障用視訊放大軟體(詳見評估建議書) <input type="checkbox"/> 其他：_____		
電腦輔具建議			
滑鼠功能			
功能	身體操控部位	電腦輔具型式/功能	建議規格
游標移動	<input type="checkbox"/> 上肢：_____ <input type="checkbox"/> 下肢：_____ <input type="checkbox"/> 頭頸：_____ <input type="checkbox"/> 五官：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 一般滑鼠 <input type="checkbox"/> 無線滑鼠 <input type="checkbox"/> 鍵盤鍵替代 <input type="checkbox"/> 替代性滑鼠： <input type="checkbox"/> 軌跡球 <input type="checkbox"/> 搖桿 <input type="checkbox"/> 觸控板 <input type="checkbox"/> 滑輪 <input type="checkbox"/> 多個單鍵開關 <input type="checkbox"/> 單鍵開關切換/掃描 <input type="checkbox"/> 可外接開關操作 <input type="checkbox"/> 紅外線滑鼠 <input type="checkbox"/> 吹吸嘴控滑鼠 <input type="checkbox"/> 眼控滑鼠 <input type="checkbox"/> 其他：_____	

左鍵/右鍵/ 左鍵兩次/ 拖曳/捲軸 等	<input type="checkbox"/> 上肢：_____ <input type="checkbox"/> 下肢：_____ <input type="checkbox"/> 頭頸：_____ <input type="checkbox"/> 五官：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 一般滑鼠 <input type="checkbox"/> 無線滑鼠 <input type="checkbox"/> 替代性滑鼠： <input type="checkbox"/> 多個單鍵開關 <input type="checkbox"/> 單鍵開關切換/掃描 <input type="checkbox"/> 可外接開關操作 <input type="checkbox"/> 吹吸嘴控滑鼠 <input type="checkbox"/> 螢幕滑鼠(左鍵/右鍵/左鍵兩次/拖曳/捲軸功能) <input type="checkbox"/> 其他：_____	
鍵盤功能			
功能	身體操控部位	電腦輔具型式/功能	建議規格
<input type="checkbox"/> 打字鍵 <input type="checkbox"/> 功能鍵 (F1~F12) <input type="checkbox"/> 數字鍵 <input type="checkbox"/> 編輯鍵 (方向鍵/跳 離鍵/刪除 鍵/上下頁 鍵等)	<input type="checkbox"/> 上肢：_____ <input type="checkbox"/> 下肢：_____ <input type="checkbox"/> 頭頸：_____ <input type="checkbox"/> 五官：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 一般鍵盤 <input type="checkbox"/> 無線鍵盤 <input type="checkbox"/> 替代性鍵盤： <input type="checkbox"/> 鍵盤按鍵內嵌(鍵盤護框) <input type="checkbox"/> 迷你鍵盤(按鍵操作區之長軸<20 公分) <input type="checkbox"/> 按鍵加大鍵盤(鍵帽之短邊長或直徑>2.5 公分) <input type="checkbox"/> 組合鍵盤(可自行設定按鍵位置或功能) <input type="checkbox"/> 可外接開關操作 <input type="checkbox"/> 螢幕鍵盤(可自行設定按鍵位置或功能或具鍵盤掃描 功能) <input type="checkbox"/> 其他：_____	

2. 是否需要接受使用訓練：☐需要 ☐不需要

3. 其他建議事項：_____

評估人員：_____ (簽章) 職稱：_____
 評估日期：_____

花蓮縣特殊教育學生申請教育輔具評估報告書

輔具項目名稱：站立架及傾斜床

編號：09

一、基本資料

學生姓名		學 校		班 級	
身分證字號		出 生	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
特 教 類 別		身障證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請註明：類別_____等級_____		
已借用輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，1. _____ 2. _____ 3. _____				
學校承辦人			聯 絡 電 話		

二、使用評估

1. 輔具使用環境(可複選)：☐居家 ☐學校 ☐社區 ☐其他：_____

2. 目前使用的站立架或傾斜床：

(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者以下免填) ☐使用年限不明

(2)現有站立架或傾斜床種類：☐前臥式站立架 ☐直立式站立架 ☐後仰式站立架 ☐傾斜床

(3)輔具來源：☐自購 ☐社政 ☐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

☐部分損壞或需要調整，可進行修復或調整

☐輔具仍符合使用者現在之使用需求，無需購置

☐其他：_____

3. 身體功能與構造：

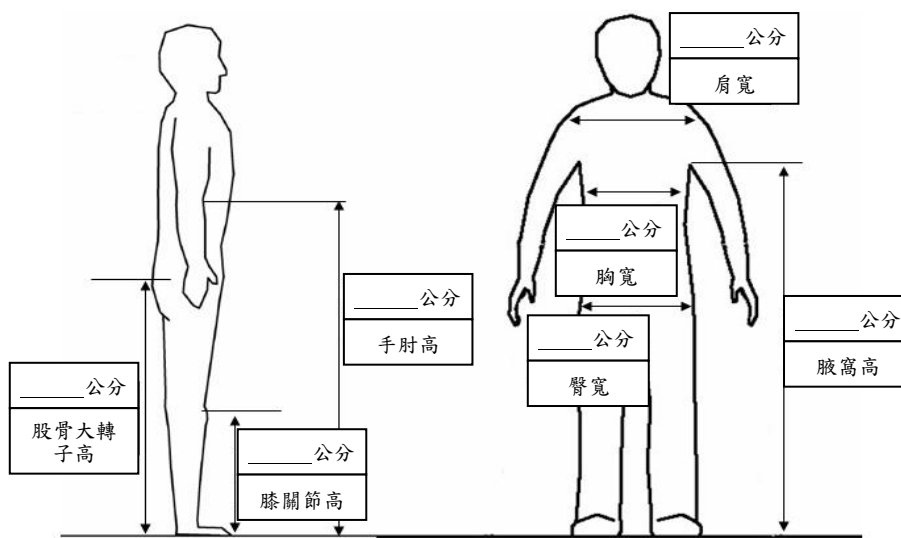
輔具使用之相關診斷(可複選)：

☐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 ☐下肢骨折或截肢 ☐關節炎 ☐心肺功能疾病 ☐肌肉萎縮症 ☐腦外傷

☐其他：_____

身體尺寸量測：身高：_____公分，體重：_____公斤



<input type="checkbox"/> 後仰式站立架 或傾斜床	<p>相關配件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>頭部側支撐墊：<input type="checkbox"/>寬度可調整 <input type="checkbox"/>高度可獨立調整 <input type="checkbox"/>胸部側支撐墊：<input type="checkbox"/>寬度可調整 <input type="checkbox"/>高度可獨立調整 <input type="checkbox"/>骨盆側支撐墊：<input type="checkbox"/>寬度可調整 <input type="checkbox"/>高度可獨立調整 <input type="checkbox"/>兩側膝部分開固定設計 <input type="checkbox"/>足部固定配件，形式：_____ <input type="checkbox"/>踝關節角度調整踏板 <input type="checkbox"/>手部抓握桿/<input type="checkbox"/>支撐桌面 <input type="checkbox"/>其他：_____ <p>※上述配件需至少提供 3 項 ※固定綁帶為必要之配件</p>
<input type="checkbox"/> 直立式站立架	<p>相關配件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>胸部側支撐墊：<input type="checkbox"/>寬度可調整 <input type="checkbox"/>高度可獨立調整 <input type="checkbox"/>骨盆側支撐墊：<input type="checkbox"/>寬度可調整 <input type="checkbox"/>高度可獨立調整 <input type="checkbox"/>兩側膝部支撐配件可獨立調整設計 <input type="checkbox"/>足部固定配件，形式：_____ <input type="checkbox"/>桌板 <input type="checkbox"/>其他：_____ <p>※上述配件需至少提供 3 項 ※固定綁帶為必要之配件</p> <p>底座設計：</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>踏板高度限制：需小於_____cm(方便直接轉位站起) <input type="checkbox"/>底座直接附輪方便移動 <input type="checkbox"/>附輪板方便搬移

2. 是否需要接受使用訓練：☐需要 ☐不需要

3. 其他建議事項：_____

評估人員：_____（簽章） 職稱：_____

評估日期：_____

花蓮縣特殊教育學生申請教育輔具評估報告書

輔具項目名稱：輪椅座墊

編號：10

一、基本資料

學生姓名		學 校		班 級	
身分證字號		出 生	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
特 教 類 別		身障證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請註明：類別_____等級_____		
已借用輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，1. _____ 2. _____ 3. _____				

二、使用評估

2. 輔具使用環境(可複選)：☐居家 ☐學校 ☐社區 ☐其他：_____

3. 目前使用的輪椅座墊：

(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者以下免填) ☐使用年限不明

(2)現有座墊種類：☐連通管氣囊組合氣墊-塑膠材質 ☐連通管氣囊組合氣墊座-橡膠材質
☐液態凝膠墊 ☐固態凝膠墊 ☐填充式氣囊氣墊座 ☐交替充氣型氣墊座
☐量製型座墊 ☐其他：_____

(3)輔具來源：☐自購 ☐社政 ☐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
☐部分損壞或需要調整，可進行修復或調整
☐輔具仍符合使用者現在之使用需求，無需購置
☐其他：_____

4. 身體功能與構造：

輔具使用之相關診斷(可複選)：	
<input type="checkbox"/> 中風偏癱(左/右) <input type="checkbox"/> 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) <input type="checkbox"/> 腦性麻痺或發展遲緩 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 <input type="checkbox"/> 運動神經元疾病 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
身體尺寸量測：身高約_____公分，體重約_____公斤	
身體各部位姿態	坐姿平衡 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 雙手扶持尚可維持平衡 <input type="checkbox"/> 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方
	骨盆 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 坐姿時骨盆經常向： <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右滑動 <input type="checkbox"/> 向前/後傾斜；變形情況： <input type="checkbox"/> 可調整 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 向左/右傾斜；變形情況： <input type="checkbox"/> 可調整 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 向左/右旋轉；變形情況： <input type="checkbox"/> 可調整 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形
	脊柱 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis) <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis)
	髖部 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內收 <input type="checkbox"/> 外展 <input type="checkbox"/> 風吹式變形 <input type="checkbox"/> 其他：_____
易導致褥瘡發生的危險因子	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 皮膚清潔狀況不佳 <input type="checkbox"/> 營養不良 <input type="checkbox"/> 臀部皮下軟組織厚度不足 <input type="checkbox"/> 異常骨突結構 <input type="checkbox"/> 周邊血管病變異常 <input type="checkbox"/> 有皮膚感染或疾病 <input type="checkbox"/> 經常性摩擦 <input type="checkbox"/> 臀部皮膚感覺異常或喪失 <input type="checkbox"/> 其他：_____
壓瘡	<input type="checkbox"/> 未發生 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 目前有：部位：_____ 尺寸：_____公分× _____公分 分級： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV

配合座墊 使用之輔具	座面尺寸(座寬×座深)：_____吋×_____吋 支撐面： <input type="checkbox"/> 硬板 <input type="checkbox"/> 布面
	<input type="checkbox"/> 1.手動輪椅： <input type="checkbox"/> 介護型 <input type="checkbox"/> 自推型 座椅姿勢或角度變換的減壓功能： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2.電動輪椅：座椅姿勢或角度變換的減壓功能： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手動操作 <input type="checkbox"/> 電動操作 <input type="checkbox"/> 3.擺位椅(非移行輔具) <input type="checkbox"/> 4.其他：_____
減壓能力	<input type="checkbox"/> 獨立將身起撐起進行臀部減壓 <input type="checkbox"/> 藉由座椅姿勢或角度變換進行減壓 <input type="checkbox"/> 藉由身體重心偏移進行減壓 <input type="checkbox"/> 無自主減壓能力，或減壓效率不彰
座墊操作 能力	1. 移位時放置或改變座墊位置的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 2. 檢視座墊使用狀態的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 3. 充氣、加水或調整座墊壓力的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 4. 保養或修補座墊的能力： <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

座墊型式 與材質 (勾選項目僅擇 一補助)	<input type="checkbox"/> A 款(連通管型氣囊氣墊座-塑膠材質)：氣囊數量應大於 20 顆，且氣囊高度應大於 2 英吋。 <input type="checkbox"/> B 款(連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質)：氣囊數量應大於 20 顆，且氣囊高度應大於 2 英吋。 <input type="checkbox"/> C 款(液態凝膠座墊)：應搭配適形泡棉底座，其凝膠覆蓋面積不得小於座墊二分之一，且凝膠厚度需大於 1 英吋。 <input type="checkbox"/> D 款(固態凝膠座墊)：應搭配適形泡棉底座，其凝膠覆蓋面積不得小於座墊二分之一，且凝膠厚度需大(等)於 1 英吋。 <input type="checkbox"/> E 款(填充式氣囊氣墊座)：高度需大於 2 英吋。 <input type="checkbox"/> F 款(交替充氣型座墊)：應含電動空氣幫浦及交替充氣功能之氣囊組。 <input type="checkbox"/> G 款(量製型座墊)：應依個別需求取模製作座墊。
尺寸	座寬：_____吋，座深：_____吋，未乘坐時座墊高度：_____公分
擺位調整	<input type="checkbox"/> 無需進行特殊調整功能 <input type="checkbox"/> 需進行擺位調整功能，調整如下： <u>前/後</u> 半部的 <u>左/右側</u> <u>增加/減少</u> 支撐_____公分或_____
覆套	<input type="checkbox"/> 彈性透氣覆套 <input type="checkbox"/> 彈性防水覆套 <input type="checkbox"/> 覆套底部止滑功能 <input type="checkbox"/> 覆套底部車縫黏釦帶
配件	<input type="checkbox"/> 降低座高的「沈入式座板」 <input type="checkbox"/> 增加座墊底部穩定性的底板 <input type="checkbox"/> 骨盆帶

2. 是否需要接受使用訓練：☐需要 ☐不需要

3. 其他建議事項：_____

評估人員：_____ (簽章) 職稱：_____

評估日期：_____

花蓮縣特殊教育學生申請教育輔具評估報告書

輔具項目名稱：擺位椅及升降桌

編號：11

一、基本資料

學生姓名		學 校		班 級	
身分證字號		出 生	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
特 教 類 別		身障證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請註明：類別_____ 等級_____		
已借用輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，1. _____ 2. _____ 3. _____				
學校承辦人		聯 絡 電 話			

二、使用評估

1. 輔具使用環境(可複選)：☐居家 ☐學校 ☐社區 ☐其他：_____

2. 現有輔具種類：☐無 ☐擺位椅 ☐升降桌 ☐其他：_____

3. 目前使用的擺位椅或升降桌：

(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者以下免填) ☐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

☐規格或功能不符使用者現在的需求，需更換

☐部分損壞或需要調整，可進行修復或調整

☐輔具仍符合使用者現在之使用需求，無需購置

☐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 ☐下肢骨折或截肢 ☐關節炎 ☐心肺功能疾病 ☐肌肉萎縮症 ☐腦外傷
☐其他：_____

身體尺寸量測：身高：_____公分，體重：_____公斤

長度單位：cm

坐姿平衡 ☐良好 ☐雙手扶持尚可維持平衡 ☐雙手扶持難以維持平衡
在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向：☐左側 ☐右側 ☐前方 ☐後方

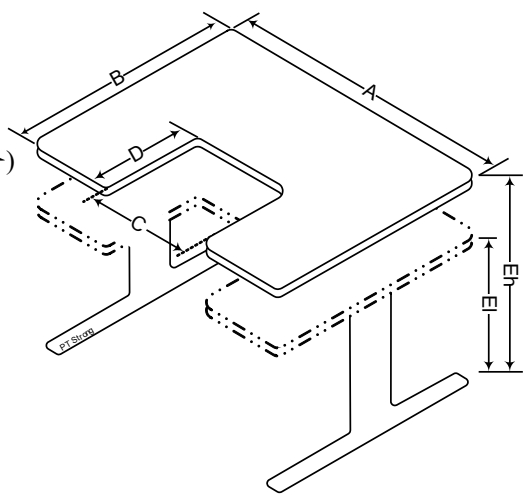
骨盆 ☐正常 ☐向前/後傾 ☐向左/右傾斜 ☐向左/右旋轉

脊柱	<input type="checkbox"/> 正常或無明顯變形 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis) <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis) <input type="checkbox"/> 其他變形：_____
頭部控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 <input type="checkbox"/> 完全無法控制
肩部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 後縮 <input type="checkbox"/> 前突
髖部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內收 <input type="checkbox"/> 外展 <input type="checkbox"/> 風吹式變形 <input type="checkbox"/> 其他
膝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 屈曲變形 <input type="checkbox"/> 伸直變形
踝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 外翻變形 <input type="checkbox"/> 蹠屈變形
其他攣縮	部位：_____，對坐姿擺位之影響：_____
皮膚感覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ <input type="checkbox"/> 喪失：_____ <input type="checkbox"/> 無法施測，原因：_____
壓瘡	<input type="checkbox"/> 未發生 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 目前有：部位：_____ 尺寸：_____公分×_____公分 分級： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

<input type="checkbox"/> 擺位椅	<p>1. 尺寸配置： 座寬_____公分；座深_____公分；座高_____公分 座墊至扶手高_____公分；座墊至踏板高_____公分 椅座頂至頭靠高_____公分</p> <p>2. 調整功能： <input type="checkbox"/>座深可調 <input type="checkbox"/>座寬可調 <input type="checkbox"/>座高可調 <input type="checkbox"/>踏板高度可調 <input type="checkbox"/>座面角度可調 <input type="checkbox"/>座背靠角度可調 <input type="checkbox"/>扶手高度可調 <input type="checkbox"/>頭靠位置可調 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>3. 擺位配件： (1)<input type="checkbox"/>胸帶：<input type="checkbox"/>一字型胸帶 <input type="checkbox"/>H帶 <input type="checkbox"/>其他：_____ (2)<input type="checkbox"/>骨盆帶：<input type="checkbox"/>魔鬼黏 <input type="checkbox"/>彈扣式 <input type="checkbox"/>跨下橫越型 <input type="checkbox"/>其他：_____ (3)<input type="checkbox"/>軀幹側支撐墊：<input type="checkbox"/>固定式 <input type="checkbox"/>寬度可調 <input type="checkbox"/>可外旋開式 位置：左：離座墊高_____公分～_____公分 深度：_____公分 右：離座墊高_____公分～_____公分 深度：_____公分 (4)<input type="checkbox"/>大腿環帶：<input type="checkbox"/>魔鬼黏 <input type="checkbox"/>彈扣式 <input type="checkbox"/>其他：_____ (5)<input type="checkbox"/>分腿墊，型式 _____ (6)<input type="checkbox"/>膝前檔板，型式 _____ (7)<input type="checkbox"/>頭靠，型式 _____ (8)<input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>4. 課桌/板： <input type="checkbox"/>獨立課桌 <input type="checkbox"/>使用桌板：<input type="checkbox"/>抽屜式桌板 <input type="checkbox"/>桌板+黏帶 <input type="checkbox"/>桌板+管+座 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>5. 底座形式： <input type="checkbox"/>需與座椅相連(增加穩定度) <input type="checkbox"/>加足部綁帶 <input type="checkbox"/>附輪板方便搬移 <input type="checkbox"/>直接附輪 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>※申請 B 款擺位椅需有 2 項以上調整功能及 2 項以上擺位配件 申請 C 款擺位椅需有 5 項以上調整功能及 3 項以上擺位配件</p>
------------------------------	---

<input type="checkbox"/> 升降桌	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>1. 尺寸配置：</p> <p>(1) 桌面寬度(A)：_____公分</p> <p>(2) 桌面深度(B)：_____公分</p> <p style="margin-left: 20px;">(寬度應大於 100 公分、深度應大於 60 公分)</p> <p>(3) 適形裁切寬度(C)：_____公分</p> <p>(4) 適形裁切深度(D)：_____公分</p> <p>(5) 桌面高度(Eh~El)：</p> <p style="margin-left: 20px;">_____公分~_____公分</p> <p style="margin-left: 20px;">(應具有 20 公分以上之高度調整功能)</p> <p>2. 調整功能：</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 桌面高度手動升降</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 手搖調整 <input type="checkbox"/> 氣壓調整 <input type="checkbox"/> 需拆卸螺絲卡榫</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 桌面高度電動升降</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 桌面傾斜角度可調</p> <p>3. 相關配件：</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 直接附輪 <input type="checkbox"/> 邊緣擋版 <input type="checkbox"/> 加握把 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: center;">  </div> </div>
------------------------------	---

2. 是否需要接受使用訓練：☐ 需要 ☐ 不需要

3. 其他建議事項：_____

評估人員：_____（簽章） 職稱：_____

評估日期：_____

花蓮縣特殊教育學生申請教育輔具評估報告書

輔具項目名稱：配件及相關物品、消耗品

編號：12

一、基本資料

學 生 姓 名		學 校		班 級	
身分證字號		出 生	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
特 教 類 別		身障證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請註明：類別_____ 等級_____		
已借用輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，1. _____ 2. _____ 3. _____				
學校承辦人			聯 絡 電 話		

二、使用評估

- 輔具使用環境(可複選)：☐室內 ☐戶外 ☐居家 ☐學校 ☐社區 ☐其他：_____
- 配件及相關物品、消耗品包括吸盤碗、易彎可折湯匙、可旋湯匙、缺口杯、吸管杯、環狀剪刀、加大握把筆套、握筆器、閱讀板、副木、沙袋、重量背心、安全帽及其他相關輔具。

三、規格配置建議

建議輔具 (規格)	
建議原因	

1. 輔具規格配置

2. 是否需要接受使用訓練：☐需要 ☐不需要

3. 其他建議事項：_____

評估人員：_____ (簽章) 職稱：_____

評估日期：_____