

# 花蓮縣特殊教育學生申請教育輔具評估報告書 112 版

輔具評估報告格式編號：2

輔具項目名稱：電動輪椅及相關配件

## 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、活動需求與情境評估

- 預計使用的場合(可複選)：☐校園學習 ☐居家生活 ☐照顧機構 ☐交通接送 ☐其他：\_\_\_\_\_
- 活動需求(可複選)：☐室內靜態活動為主 ☐需於社區/校園內短距離移動，頻率：\_\_\_\_\_ ☐中長距離移動(>1公里)，頻率：\_\_\_\_\_ ☐需夜間外出，頻率：\_\_\_\_\_
- 使用環境特性(可複選)：  
☐大致平坦 ☐經常通過顛簸路面 ☐需跨越門檻/線槽，高低差：\_\_\_\_\_公分  
☐經常需跨越間隙，距離：\_\_\_\_\_公分 ☐需在無障礙坡道推行 ☐需在陡坡推行  
☐需在狹窄的環境迴轉 ☐經常使用電梯，梯廂尺寸(深×寬)=\_\_\_\_\_公分 × \_\_\_\_\_公分
- 預估每日需要以電動輪椅行進的距離：☐<3公里 ☐3~10公里 ☐10~20公里 ☐>20公里
- 交通運輸方式(可複選)：☐無 ☐經常以公車/復康巴士載運 ☐需小客車載運 ☐自駕改裝機車
- 人力支持情況：☐無 ☐偶有協助人力 ☐經常有助理員陪同 ☐有時需要協助者代為駕駛
- 適當的停放/充電處所：☐無 ☐有適當的停放處，但需將電池抽離充電 ☐有適當的處所
- 需要搭配使用的步行輔具：☐無 ☐單點手杖 ☐前臂拐 ☐腋下拐 ☐四腳拐 ☐助行器  
☐帶輪型助步車 ☐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：☐非輕量化量產型輪椅 ☐輕量化量產型輪椅 ☐客製型輪椅 ☐高活動型輪椅  
☐手推圈啟動型動力輔助輪椅 ☐電動輪椅
  - 輔具來源：☐政府補助：☐身障 ☐長照 ☐教育  
☐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，但需要另行購置於不同場所使用  
☐其他：\_\_\_\_\_

### 三、身體功能與構造及輔具使用相關評估

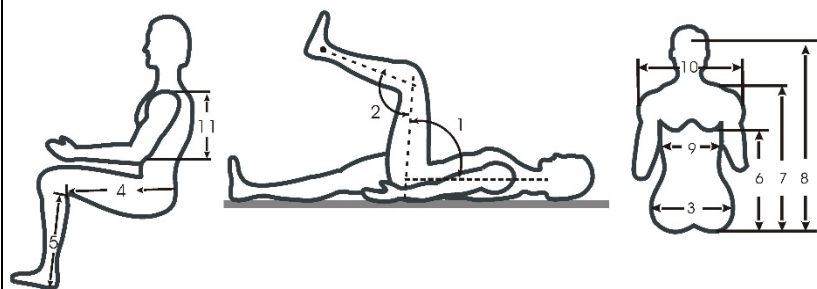
輔具使用之相關診斷(可複選)：

- ☐中風偏癱(左/右) ☐脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) ☐腦外傷(左/右) ☐小腦萎縮症  
☐腦性麻痺 ☐發展遲緩 ☐運動神經元疾病 ☐巴金森氏症 ☐肌肉萎縮症 ☐小兒麻痺 ☐骨折  
☐截肢 ☐心肺功能疾病 ☐肝腎疾病 ☐其他：\_\_\_\_\_

身高約：\_\_\_\_\_公分，體重約：\_\_\_\_\_公斤，體型概述：\_\_\_\_\_

管路/造口(可複選)：☐無 ☐氣切管 ☐鼻胃管 ☐尿管 ☐胃造口 ☐腸造口 ☐膀胱造口  
☐其他：\_\_\_\_\_

身體量測(申請電動代步車者，身體量測數據免填)：



※若雙側數據不同者請分別標示：

左/右(L/R)

※以下數據之長度單位為：

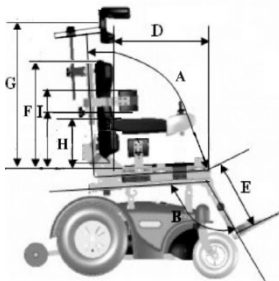
☐公分 ☐英吋

- |                              |  |                 |
|------------------------------|--|-----------------|
| 1. 髖關節限制：_____ (左) _____ (右) | 5. 膝窩至腳底：_____ <input type="checkbox"/> 含鞋 | 9. 胸廓寬度：_____   |
| 2. 膝關節限制：_____ (左) _____ (右) | 6. 肩胛下角高：_____                             | 10. 肩峰距離：_____  |
| 3. 坐面最寬處：_____               | 7. 肩峰高度：_____                              | 11. 上臂垂直高：_____ |
| 4. 臀至膝窩：_____                | 8. 枕骨中心高：_____                             | 12. 胸廓厚度：_____  |

身體各部位姿態	靜態下 坐姿維持能力	<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，身體明顯會倒向(可複選)： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方
	輪椅移動時 坐姿維持能力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可維持平衡 <input type="checkbox"/> 需以輔具加強軀幹支撐
	骨盆(可複選)	<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(可複選)	<input type="checkbox"/> 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)
	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
	髖部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內收變形 <input type="checkbox"/> 外展變形 <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(可複選)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內翻變形 <input type="checkbox"/> 外翻變形 <input type="checkbox"/> 蹠屈變形 <input type="checkbox"/> 背屈變形 <input type="checkbox"/> 其他：_____
其他攣縮		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，部位：_____ 對坐姿擺位之影響：_____
異常肌張力		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張 <input type="checkbox"/> 徐動；對於坐姿的影響：_____
認知/判斷能力		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 錯亂或遲鈍(有可能造成使用風險)
視知覺能力		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差(有可能造成使用風險)
情緒管理		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差(有可能造成使用風險)
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

壓傷(褥瘡)	<input type="checkbox"/> 未曾發生 <input type="checkbox"/> 過去有，部位：_____ <input type="checkbox"/> 目前有，部位：_____ 尺寸：_____公分 × _____公分 分級： <input type="checkbox"/> 第1級 <input type="checkbox"/> 第2級 <input type="checkbox"/> 第3級 <input type="checkbox"/> 第4級 <input type="checkbox"/> 無法分級 <input type="checkbox"/> 深層組織壓傷																																				
最有效執行輔具 操作的肢體部位 (可複選組合)	1. 有效粗動作控制能力： <input type="checkbox"/> 無 上肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側；部位： <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"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腿或膝 2. 有效精細動作控制能力： 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 下肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側；部位： <input type="checkbox"/> 腳趾 <input type="checkbox"/> 腳掌 頭頸部位： <input type="checkbox"/> 下巴 <input type="checkbox"/> 頭部動作 <input type="checkbox"/> 嘴唇 <input type="checkbox"/> 眼球動作 3. <input type="checkbox"/> 其他部位：_____																																				
進出輔具時的移位方式：																																					
<input type="checkbox"/> 站立移位並可跨上小階 <input type="checkbox"/> 站立移位但無法跨上小階 <input type="checkbox"/> 獨立坐姿橫向移位 <input type="checkbox"/> 完全依賴他人協助																																					
個案自行操作電動輪椅之技巧： <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td>1. 在合理時間內開啟/關閉電源開關</td> <td><input type="checkbox"/>獨立完成</td> <td><input type="checkbox"/>可訓練或需改裝</td> <td><input type="checkbox"/>需要他人協助</td> </tr> <tr> <td>2. 依指令執行前進、後退、轉向及停止</td> <td><input type="checkbox"/>獨立完成</td> <td><input type="checkbox"/>可訓練或需提醒</td> <td><input type="checkbox"/>無法執行</td> </tr> <tr> <td>3. 無障礙坡道上駕駛上坡、轉向及停止</td> <td><input type="checkbox"/>獨立完成</td> <td><input type="checkbox"/>可訓練或需提醒</td> <td><input type="checkbox"/>無法執行</td> </tr> <tr> <td>4. 在開門時限內進出電梯門或捷運門</td> <td><input type="checkbox"/>獨立完成</td> <td><input type="checkbox"/>可訓練或需提醒</td> <td><input type="checkbox"/>無法執行</td> </tr> <tr> <td>5. 於較窄的通道中穩定向前推行5公尺</td> <td><input type="checkbox"/>獨立完成</td> <td><input type="checkbox"/>可訓練或需提醒</td> <td><input type="checkbox"/>無法執行</td> </tr> <tr> <td>6. 在直徑150公分的範圍內完成直接迴轉</td> <td><input type="checkbox"/>獨立完成</td> <td><input type="checkbox"/>可訓練或需提醒</td> <td><input type="checkbox"/>無法執行</td> </tr> <tr> <td>7. 以分段方式，完成狹小空間中的迴轉</td> <td><input type="checkbox"/>獨立完成</td> <td><input type="checkbox"/>可訓練或需提醒</td> <td><input type="checkbox"/>無法執行</td> </tr> <tr> <td>8. 在吵雜的環境能專注操作不分心</td> <td><input type="checkbox"/>獨立完成</td> <td><input type="checkbox"/>可訓練或需提醒</td> <td><input type="checkbox"/>無法執行</td> </tr> <tr> <td>9. 能注意別人及自身的安全</td> <td><input type="checkbox"/>隨時注意</td> <td><input type="checkbox"/>偶爾需要他人提醒</td> <td><input type="checkbox"/>隨時需要他人提醒</td> </tr> </table> 說明：_____		1. 在合理時間內開啟/關閉電源開關	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需改裝	<input type="checkbox"/> 需要他人協助	2. 依指令執行前進、後退、轉向及停止	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行	3. 無障礙坡道上駕駛上坡、轉向及停止	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行	4. 在開門時限內進出電梯門或捷運門	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行	5. 於較窄的通道中穩定向前推行5公尺	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行	6. 在直徑150公分的範圍內完成直接迴轉	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行	7. 以分段方式，完成狹小空間中的迴轉	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行	8. 在吵雜的環境能專注操作不分心	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行	9. 能注意別人及自身的安全	<input type="checkbox"/> 隨時注意	<input type="checkbox"/> 偶爾需要他人提醒	<input type="checkbox"/> 隨時需要他人提醒
1. 在合理時間內開啟/關閉電源開關	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需改裝	<input type="checkbox"/> 需要他人協助																																		
2. 依指令執行前進、後退、轉向及停止	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行																																		
3. 無障礙坡道上駕駛上坡、轉向及停止	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行																																		
4. 在開門時限內進出電梯門或捷運門	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行																																		
5. 於較窄的通道中穩定向前推行5公尺	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行																																		
6. 在直徑150公分的範圍內完成直接迴轉	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行																																		
7. 以分段方式，完成狹小空間中的迴轉	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行																																		
8. 在吵雜的環境能專注操作不分心	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行																																		
9. 能注意別人及自身的安全	<input type="checkbox"/> 隨時注意	<input type="checkbox"/> 偶爾需要他人提醒	<input type="checkbox"/> 隨時需要他人提醒																																		

#### 四、規格配置建議

<input type="checkbox"/> 電動輪椅	類	<input type="checkbox"/> 電動輪椅-基礎型 <input type="checkbox"/> 電動輪椅-進階型 <input type="checkbox"/> 配置鋰系電池		
	型	電動輪椅驅動輪位置： <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 後   操作者： <input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 個案與照顧者皆要		
	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，至多補助2項功能)： <input type="checkbox"/> 後躺 <input type="checkbox"/> 空中傾倒 <input type="checkbox"/> 抬腿 <input type="checkbox"/> 站立 <input type="checkbox"/> 升降 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
			(A)座背靠夾角：_____度	(B)腿靠角度：_____度
			(C)座寬(座墊寬度或扶手間距)：_____	(D)座深：_____
			(E)腿靠長度：_____	(F)椅背高度：_____
			(G)頭靠高度：_____	(H)扶手高度：_____
			(I)軀幹側支撐高度：左_____~_____ 右_____~_____	
			※以上座椅長度單位為： <input type="checkbox"/> 公分 <input type="checkbox"/> 英吋	
腿靠： <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 可內外旋或拆卸 <input type="checkbox"/> 可上抬；支撐方式： <input type="checkbox"/> 小腿靠墊 <input type="checkbox"/> 小腿靠帶 踏板形式： <input type="checkbox"/> 單片式 <input type="checkbox"/> 兩片式				
擺位配件	<input type="checkbox"/> 輪椅擺位系統(可複選，如需申請，請另檢附3號評估報告)： <input type="checkbox"/> 平面背靠 <input type="checkbox"/> 曲面適形背靠 <input type="checkbox"/> 軀幹側支撐架 <input type="checkbox"/> 臀側支撐架 <input type="checkbox"/> 內收鞍板 <input type="checkbox"/> 分腿器 <input type="checkbox"/> 膝前擋板 <input type="checkbox"/> 頭靠系統 <input type="checkbox"/> 身體固定帶： <input type="checkbox"/> 骨盆帶 <input type="checkbox"/> 大腿環帶 <input type="checkbox"/> 小腿綁帶 <input type="checkbox"/> 腳掌綁帶 <input type="checkbox"/> 軀幹帶，類型_____			
其他配件： <input type="checkbox"/> 加裝前後燈具 <input type="checkbox"/> 加裝桌板 <input type="checkbox"/> 加裝拐杖筒 <input type="checkbox"/> 其他加裝配件：_____				
控制器及介面	電動輪椅輸入裝置的身體部位與方式： 1. 上肢 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右；操作方式： <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 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右；操作方式： <input type="checkbox"/> 腳趾抓握移動 <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 <input type="checkbox"/> 眼球動作 4. <input type="checkbox"/> 其他部位與控制方式：_____			
<input type="checkbox"/> 比例式輸入系統： <input type="checkbox"/> 傳統搖桿 <input type="checkbox"/> 加裝介護控(attendant control) <input type="checkbox"/> 改裝搖桿頭：_____型 <input type="checkbox"/> 特殊規格之搖桿組( <input type="checkbox"/> 微型搖桿 <input type="checkbox"/> 耐衝擊搖桿)		<input type="checkbox"/> 非比例式控制系統 <input type="checkbox"/> 吹吸控制 <input type="checkbox"/> 多按鍵控制 <input type="checkbox"/> 眼動控制 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
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) <input type="checkbox"/> 控制器操作位置調整，建議調整至：_____				

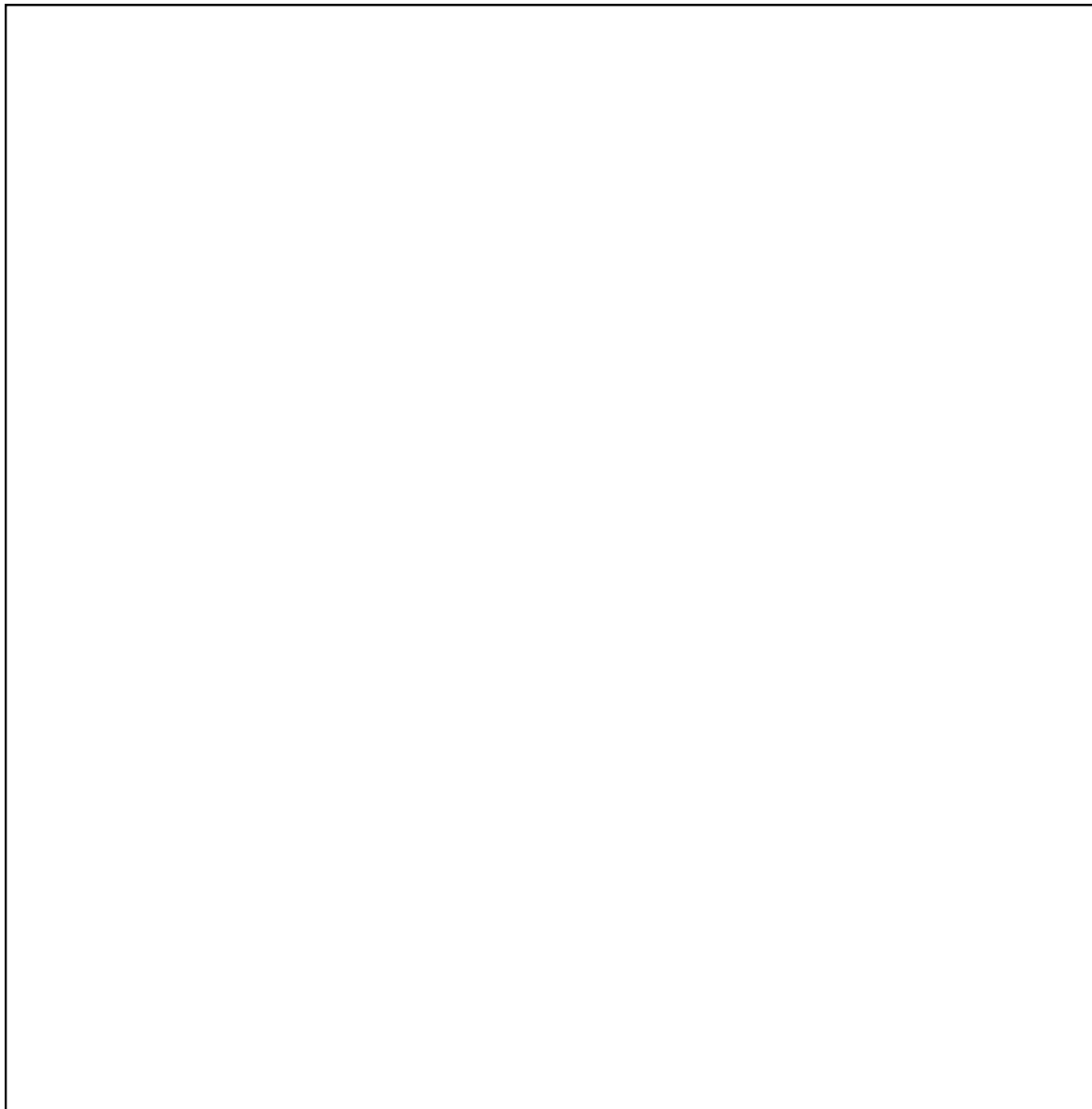
1. 是否需要接受使用訓練：☐ 需要   ☐ 不需要

2. 其他建議事項：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. 學生目前使用相關類型輔具的照片(若未使用可免附)



評估人員：\_\_\_\_\_（簽章） 職稱：\_\_\_\_\_

評估日期：\_\_\_\_\_