

# 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：07

輔具項目名稱：助聽器 及 調頻系統

## 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、活動需求與情境評估

- 活動需求表達者：☐個案本人 ☐個案之：\_\_\_\_\_（是否能協助個案使用輔具：☐是 ☐否）
- 預計使用的場合(可複選)：☐居家室內 ☐醫療及照顧機構 ☐教育與學習 ☐休閒與運動  
☐交通運輸 ☐文化活動 ☐其他：\_\_\_\_\_
- 使用環境特性(可複選)：☐安靜環境 ☐噪音環境 ☐複雜聲音環境 ☐其他：\_\_\_\_\_
- 人力支持情況(可複選)：☐無 ☐偶有協助人力 ☐經常有照顧者陪同 ☐其他：\_\_\_\_\_
- 聽力史及聽覺輔具使用經驗：
  - 發現聽損時的年齡：☐無法追溯 ☐0~5歲 ☐6~15歲  
☐其他：\_\_\_\_\_
  - 主要溝通(表達)模式：☐口語 ☐口手語 ☐手語 ☐筆談 ☐其他：\_\_\_\_\_
  - 目前使用的右耳聽覺輔具(尚未使用者免填)：
    - 輔具種類：☐輔聽器 ☐人工電子耳 ☐助聽器 ☐其他：\_\_\_\_\_
    - 輔具來源：☐政府補助：☐身障 ☐長照 ☐教育 ☐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情境使用  
☐適合繼續使用，無需更換  
☐其他：\_\_\_\_\_

(4)目前使用的左耳聽覺輔具(尚未使用者免填)：

A. 輔具種類：☐輔聽器 ☐人工電子耳 ☐助聽器 ☐其他：\_\_\_\_\_

B. 輔具來源：☐政府補助：☐身障 ☐長照 ☐教育 ☐健保

☐其他：\_\_\_\_\_

☐二手輔具：☐租借 ☐媒合

☐自購

☐其他：\_\_\_\_\_

C. 已使用約：\_\_\_\_\_年 ☐使用年限不明

D. 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情境使用

☐適合繼續使用，無需更換

☐其他：\_\_\_\_\_

(5)其他目前使用的聽覺輔具配置方式及使用情形(尚未使用者免填)：

---



---



---

### 三、身體功能與構造及輔具使用相關評估

#### 1. 裸耳聽覺功能評估：

(1)純音聽力檢查結果：☐沿用一年內報告資料，施測院所：\_\_\_\_\_ 施測日期：\_\_\_\_\_

頻率 (Hz)	250	500			1,000			2,000			4,000			6,000
項目	ACT	ACT	BCT	UCL	ACT	BCT	UCL	ACT	BCT	UCL	ACT	BCT	UCL	ACT
右耳														
左耳														
聲場														

右耳氣導聽閾平均值：\_\_\_\_\_分貝、左耳氣導聽閾平均值：\_\_\_\_\_分貝、

聲場聽閾平均值：\_\_\_\_\_分貝

※縮寫說明：ACT 氣導閾值、BCT 骨導閾值、UCL 不舒適響度

※未施測及無法施測之欄位以「DNT」及「CNT」填寫

※儀器最大輸出施測仍無行為反應之欄位，填寫最大施測音量並加註「NR」文字。

(2)語音聽力檢查結果(此項檢查視情況決定是否需評估)：

	聽辨閾值(SRT)	最適音量之字詞辨識率 (WDS @ MCL)	其他
右耳	dB HL	% @ dB HL	
左耳	dB HL	% @ dB HL	
聲場	dB HL	% @ dB HL	

請補充說明測驗方式／判讀意義等相關資訊：\_\_\_\_\_

#### 四、規格配置建議

##### 1. 輔具規格配置：

款式	選配方式(可複選)	規格及功能規範	輔具使用情境 (可複選) (對應需求評估)	
<input type="checkbox"/> 助聽器（進階型）	<input type="checkbox"/> 右耳選配 <input type="checkbox"/> 左耳選配	採數位方式處理聲音訊號，並符合下列所有規範： 1. 具 6 個以上可單獨調整壓縮參數（壓縮閾值、壓縮比）之壓縮頻道，或採用同等效能之時域（time domain）數位訊號處理技術 2. 多聆聽程式 3. 具備至少 1 種自適應噪音消除功能 4. 配戴時可自動消除迴饋音 5. 方（指）向性麥克風 6. 具相容於無線傳輸系統	<input type="checkbox"/> 居家室內 <input type="checkbox"/> 醫療及照顧機構 <input type="checkbox"/> 教育與學習 <input type="checkbox"/> 休閒與運動 <input type="checkbox"/> 交通運輸 <input type="checkbox"/> 文化活動 <input type="checkbox"/> 其他：_____ (應檢附輔具照片、輔具供應商出具估價單並應載明產品規格及型號。)	
<input type="checkbox"/> 雙對側傳聲型	<input type="checkbox"/> 右耳配戴助聽器，左耳跨傳收音麥克風 <input type="checkbox"/> 左耳配戴助聽器，右耳跨傳收音麥克風	本項 2 只設備元件為 1 組，應可搭配操作。1 只符合助聽器-進階型規格或功能之助聽器配戴於優耳，及另 1 只為無線收音麥克風設備，配戴於劣耳耳部（含耳掛型、耳內型或耳罩型）		
<input type="checkbox"/> FM調頻系統	搭配使用之聽覺輔具： <input type="checkbox"/> 助聽器，廠牌型號：_____（ <input type="checkbox"/> 音軌） <input type="checkbox"/> 人工電子耳，廠牌型號：_____ （ <input type="checkbox"/> 人工介面 <input type="checkbox"/> 電池匣）			
<input type="checkbox"/> 遠端麥克風系統/ 無線音訊串流系統	搭配使用之聽覺輔具： <input type="checkbox"/> 助聽器，廠牌型號：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____			
助聽器建議	配戴於： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 雙耳 <input type="checkbox"/> 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			

2. 是否需要接受使用訓練：☐需要 ☐不需要

3. 其他建議：\_\_\_\_\_

評估人員：\_\_\_\_\_（簽章）

職稱：\_\_\_\_\_

評估日期：\_\_\_\_\_