**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：10**

**輔具項目名稱：人工講話器**

**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：無 有  9.身心障礙類別(可複選)：第一類 第二類 第三類 第四類 第五類 第六類  第七類 第八類 其他：  10.身心障礙程度分級：輕度 中度 重度 極重度 |

**二、活動需求與情境評估**

1. 預計使用的場合(可複選)：居家 職場 社區 社交場合 學校 其他：
2. 活動需求(可複選)：日常溝通 外出辦事，如就醫、購物 職場溝通 社交 其他：
3. 使用環境特性(可複選)：

環境安靜

環境嘈雜，說明(如背景噪音、人數眾多)：

需同時對多人說話，說明(如報告、開會、演講、上課)：

1. 人力支持情況(可複選)：獨居 有同住者 有專業人力協助： 其他：
2. 目前使用的人工講話器(尚未使用者免填)：
3. 輔具種類：人工講話器-氣動式 人工講話器-電動式 其他：
4. 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：

1. 已使用約： 年 使用年限不明
2. 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

其他：

**三、身體功能與構造及輔具使用相關評估**

1. 健康狀況：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 與輔具使用之  相關診斷(可複選) | | 喉頭頸癌( )  呼吸障礙(氣切、使用氧氣機、使用呼吸器、其他 )  其他： |
| 曾接受過的  治療(可複選) | | 手術治療(主手術開刀日期： )：  全喉切除 咽切除(全、部分) 食道切除(全、部分)  舌切除(全、部分) 頸部淋巴廓清術(左側 右側)  放射治療  化學治療  其他： |
| 目前或曾經罹患  下列疾病 | | 無  有(可複選)：中風 巴金森氏症 腦外傷 運動神經元疾病  肌肉萎縮症 失智症 其他： |
| 感官功能 | 視知覺 | 正常  異常：有戴眼鏡，效能佳 有戴眼鏡，效能不佳 未戴眼鏡 |
| 聽知覺 | 正常  異常：有使用輔具(助聽器、人工電子耳)，效能佳  有使用輔具(助聽器、人工電子耳)，效能不佳  無輔具 |
| 呼吸功能 | | 正常 氣管造口太小，呼吸不順暢  功能不佳，尚不需相關輔具輔助呼吸，說明：  功能不佳，需相關輔具輔助呼吸，說明： |
| 頸部肌肉組織 | | 柔軟度尚可 僵硬，柔軟度不佳 肥厚 疤痕 其他： |
| 生活自理及氣管  造口清潔照護能力 | | 可完全自理  需協助：需少部分協助 需大部分協助 需完全協助  目前主要協助者與個案關係： 年齡：  是否能協助個案使用此輔具：是 否 |

1. 口腔構造與功能：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 顏面構造 | 臉部 | 完整 缺損 | 下頦 | 完整 缺損 |
| 齒列 | 完整 缺損 | 舌頭 | 完整 缺損 |
| 硬顎 | 完整 缺損 | 軟顎 | 完整 缺損 |
| 動作與功能 | 雙唇 | 會連續發一ㄨ 可執行kiss動作 閉合不好 | | |
| 舌頭 | 會靈活轉動 能移動但有限制 無法移動 | | |
| 下頦 | 動作協調、正確咀嚼 只能上下動咀嚼 開閉緩慢  張口困難(<35公厘) | | |
| 顎咽閉鎖功能 | 軟顎上提佳 軟顎上提有限制 軟顎無法上提 | | |
| 口水控制 | 控制良好 有時流口水 經常流口水 | | |

1. 語言溝通能力：

|  |  |
| --- | --- |
| 日常語言理解  及表達能力 | 理解及表達自己的基本資料(回答本報告書第一部分)：  自己獨立完成 需部份協助 大部分需要他人協助 |
| 回應日常一般對談：  自己獨立完成 需部份協助 大部分需要他人協助 |
| 目前的溝通方式 | 筆談 人工講話器-氣動式 人工講話器-電動式 食道語  氣管食道語 肢體動作表情  (請依使用率排出順序1、2、3，1代表最常使用的方式) |

1. 人工講話器操作使用能力(尚未使用者免填)：

|  |  |
| --- | --- |
| 現有輔具種類 | 人工講話器-氣動式 人工講話器-電動式 |
| 操作能力 | 可自己完成操作 需部份協助，學習效果佳 操作不佳，須很多協助 |
| 使用效能 | 很好 尚可 不佳，說明： |

**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 |
| 項次92 人工講話器-氣動式 |  |
| 項次93 人工講話器-電動式 |

1. 是否需要接受使用訓練：需要 不需要
2. 是否需要安排追蹤時間：需要 不需要
3. 其他：

**五、規格配置建議**

1. 輔具規格配置：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 溝通輔具分類 | 建議之溝通輔具產品 | 補助相關規定 |
| 人工講話器 | 氣動式 | 氣動式及電動式僅擇一申請 |
| 電動式 |
| 其他特殊需求 | 人工講話器-氣動式與氣管造口貼合的軟墊需修整  其他： | |

1. 其他建議：

評估單位用印

評估單位： 嘉義縣輔具資源中心

評估人員： 職稱： 輔具評估人員

評估日期：

個案欲提出身心障礙者輔具補助申請

輔具中心已協助個案提出申請

請由公所端協助個案提出申請

請於申請表附上估價單（需註記廠牌、型號、尺寸、規格）

個案欲提出長期照顧輔具補助申請