**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