**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：7**

**輔具項目名稱：視覺及相關輔具**

**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)：[ ] 居家生活 [ ] 照顧機構 [ ] 校園學習 [ ] 職場就業 [ ] 休閒與運動

[ ] 其他：

1. 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

[ ] 閱聽新聞 [ ] 一般溝通 [ ] 光線控制 [ ] 其他：

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. 目前已使用視覺及相關輔具種類(可複選)：

[ ] 視障用白手杖或杖頭 [ ] 收錄音機或隨身聽 [ ] 聽書機 [ ] 視障用點字手錶 [ ] 視障用語音報時器 [ ] 特製眼鏡(含特製隱形眼鏡) [ ] 膜疾病類隱形眼鏡 [ ] 包覆式濾光眼鏡 [ ] 望遠鏡 [ ] 放大鏡-低倍率 [ ] 放大鏡-高倍率 [ ] 點字板 [ ] 點字機(打字機) [ ] 點字觸摸顯示器-20方以下 [ ] 點字觸摸顯示器-20方(含)以上 [ ] 可攜式擴視機 [ ] 桌上型擴視機 [ ] 視障用螢幕報讀軟體 [ ] 視障用螢幕放大軟體 [ ] 語音手機-簡易型 [ ] 語音手機-智慧型 [ ] 平板 [ ] 其他：

1. 此次申請的視覺輔具： [尚未使用者免填以下(1)~(4)]
2. 廠牌規格型號：
3. 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場所使用

[ ] 其他：

**三、身體功能與構造及輔具使用相關評估**

1. 輔具使用之相關診斷(可複選)：

[ ] 白內障(術前、後) [ ] 青光眼 [ ] 角膜退化 [ ] 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 [ ] 腦性麻痺 [ ] 發展遲緩 [ ] 大腦視覺損傷 [ ] 其他：

1. 視覺能力與摸讀能力(請依據不同輔具補助需求，檢附下列附件，可複選)：

[ ] 功能性視覺能力評估(附件一 功能性視覺評估表)

[ ] 點字摸讀能力評估(附件二 點字摸讀評估表)

[ ] 視力檢查(附件三 驗光報告表)

**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63 特製眼鏡(含特製隱形眼鏡) |  |
| [ ] 項次65 包覆式濾光眼鏡 |  |
| [ ] 項次66 望遠鏡 |  |
| [ ] 項次68 放大鏡-高倍率 |  |
| [ ] 項次70 點字機(打字機) |  |
| [ ] 項次71 點字觸摸顯示器-20方以下 |  |
| [ ] 項次72 點字觸摸顯示器-20方(含)以上 |
| [ ] 項次73 可攜式擴視機 |  |
| [ ] 項次74 桌上型擴視機 |  |
| [ ] 項次75 視障用螢幕報讀軟體 |  |
| [ ] 項次76 視障用螢幕放大軟體 |  |
| [ ] 項次78 語音手機-智慧型或平板 |  |

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：

| 補助項目 | 應檢附表件 |
| --- | --- |
| 特製眼鏡(含特製隱形眼鏡) | 1. 本評估報告書
2. 附件三驗光報告表
 |
| 包覆式濾光眼鏡 | 1. 本評估報告書
2. 附件一功能性視覺評估表
3. 附件三驗光報告表 ※
 |
| 望遠鏡 | 1. 本評估報告書
2. 附件一功能性視覺評估表
3. 附件三驗光報告表 ※
 |
| 放大鏡-高倍率 | 1. 本評估報告書
2. 附件一功能性視覺評估表
3. 附件三驗光報告表 ※
 |
| 點字機(打字機) | 本評估報告書 |
| 點字觸摸顯示器-20方以下點字觸摸顯示器-20方(含)以上 | 1. 本評估報告書
2. 附件二點字摸讀評估表
 |
| 可攜式擴視機桌上型擴視機 | 1. 本評估報告書
2. 附件一功能性視覺評估表
3. 附件三驗光報告表 ※
 |
| 視障用螢幕報讀軟體 | 本評估報告書 |
| 視障用螢幕放大軟體 | 1. 本評估報告書
2. 附件一功能性視覺評估表
3. 附件三驗光報告表 ※
 |
| 語音手機-智慧型或平板 | 本評估報告書 |

※首次申請視覺輔具(包覆式濾光眼鏡、望遠鏡、放大鏡-高倍率、可攜式擴視機、桌上型擴視機或視障用螢幕放大軟體之任一項)或近半年視力有明顯變化者，需檢附「附件三驗光報告表」

**五、規格配置建議**

1. 輔具規格配置：

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] 特製眼鏡(含特製隱形眼鏡) | 功用：[ ] 近距離 [ ] 中距離 [ ] 遠距離 [ ] 戶外 [ ] 室內 [ ] 其他： 內容：[ ] 屈光矯正 [ ] 斜視矯正 [ ] 放大([ ] 遠 [ ] 中 [ ] 近)[ ] 延伸視野 [ ] 防眩光 [ ] 增強對比 [ ] 色覺改善 [ ] 其他：  |
| [ ] 包覆式濾光眼鏡 | [ ] 室內，顏色： 色 [ ] 戶外，顏色： 色[ ] 閱讀，顏色： 色 [ ] 其他： ，顏色： 色 |
| [ ] 望遠鏡 | 放大倍率2倍以上、重量300公克(g)以下、最短對焦距離為100公分以下[ ] 規格： × 公厘，視野角度：  |
| [ ] 放大鏡-高倍率 | 鏡片規格必須同時載明倍率及屈光度、倍率2.5倍以上及屈光度10以上[ ] 文鎮式： × D [ ] 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：  |
| [ ] 點字機(打字機) | 功用：[ ] 讀寫訓練 [ ] 訊息記錄 [ ] 標籤記號 [ ] 文書溝通 [ ] 其他：  |
| [ ] 點字觸摸顯示器-20方以下 | 14方以上、20方以下且8點顯示、可支援1種以上視窗版中英文視障用螢幕報讀軟體，且總重量2公斤以下 |
| [ ] 點字觸摸顯示器-20方(含)以上 | 20方(含)以上且8點顯示、可支援1種以上視窗版中英文視障用螢幕報讀軟體，且總重量2公斤以下 |
| [ ] 可攜式擴視機 | 無需於特定平台(桌面)上裝載設備使用，並可隨時便利攜帶外出使用，且產品本身已具備螢幕及鏡頭等設備使用，應符合下列所有規範1. 螢幕尺寸4.3英吋以上
2. 色彩模式3組(黑底白字、白底黑字、彩色模式)以上
3. 支援放大及縮小功能且放大倍率為6倍以上
4. 凍結或儲存畫面

另外附加功能：[ ] 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 | 需於平台(桌面)上裝載設備以供操作，應符合下列所有規範1. 色彩模式5組(須含黑底白字、白底黑字、彩色模式)以上
2. 支援放大及縮小功能且放大倍率為40倍以上
3. 可自動對焦及可切換自動手動對焦
4. 具備書寫空間或閱讀平台距離鏡頭20公分以上
5. 提供經評估所需其他功能配備達下列任6項以上功能：

[ ] 亮度調整 [ ] 對比調整 [ ] 望遠 [ ] 凍結或儲存 [ ] 托盤 [ ] 導引線或遮蔽視窗 [ ] 定位指示 [ ] 焦距鎖定 [ ] 可旋轉鏡頭 [ ] 一體成型且螢幕角度可調整 [ ] 操作時語音提示功能 [ ] 光學辨識將文字重新編排或語音輸出 |
| [ ] 視障用螢幕報讀軟體 | 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、可支援點字觸摸顯示器 |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] 視障用螢幕放大軟體 | 應符合下列所有規範1. 至少6倍以上之螢幕放大功能
2. 滑鼠指標及文字編輯游標具多種放大提示調整之選擇
3. 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
4. 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-智慧型或平板 | 手機須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，且透過觸控螢幕方式執行手機所有功能平板須具文字調整與放大功能、相機功能、語音報讀，且透過觸控螢幕方式執行所有功能 |
| [ ] 其他電腦相關軟硬體或建議： [ ] 其他：  |
| [ ] 建議於取得輔具後，與輔具中心預約免費的適配服務，可協助確認購買輔具符合使用需求，聯絡方式：  |

1. 其他建議(可複選)：

[ ] 轉介眼科醫師做眼科特定項目檢查或治療，說明：

[ ] 視覺功能訓練，說明：

[ ] 居家、職場環境改善建議，說明：

[ ] 轉介生活重建服務，說明：

[ ] 其他，說明：

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