

高雄市教育輔助器材評估表目錄

※注意:表 01 至 12 評估表必須由專業團隊治療師填寫完成。

表 01	步行輔具(2-5 頁)	2
表 02	☐ 輪椅 (一般型) ☐ 特製輪椅 ☐ 推車 (6-9 頁)	6
表 03	特製三輪車(10-11 頁)	10
表 04	站立架(12-14 頁)	12
表 05	☐ 餵食椅 ☐ 三角椅 ☐ 凱立椅 (15-16 頁)	15
表 06	特殊背墊(17-19 頁)	17
表 07	特殊座墊(20-21 頁)	20
表 08	量製課桌(22-23 頁)	22
表 09	☐ 量製課椅 ☐ 擺位椅(24-26 頁)	24
表 10	如廁訓練椅(僅供生活管理教學訓練用，不可取代廁所馬桶功能) (27-27 頁)	27
表 11	☐ 移位輔具 ☐ 移位機(28-29 頁)	28
表 12	☐ 電動輪椅 ☐ 電動代步車 (30-33 頁)	30
表 13	通用評估表(本表可由治療師或教師填寫)(34-35 頁)	34
表 14	高雄市特殊教育資源中心調頻 (FM) 教育輔助器材需求評估表 (36-40 頁)	36

表 01 步行輔具(2-5 頁)

一、學生基本資料

學校名稱		學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女
教育階段	☐ 學前：小/中/大 班 ☐ 國小____年級 ☐ 國中____年級 ☐ 高中____年級	安置班型	☐ 普通班 (☐ 資源班 ☐ 不分類巡迴) ☐ 在家教育 ☐ 床邊教學 ☐ 特教班		
障礙類別		障礙等級	☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度		

二、步行輔具使用現況

1. 輔具使用之相關診斷(可複選)：

- ☐腦性麻痺 ☐肌肉萎縮症 ☐脊髓損傷 ☐運動神經元疾病 ☐心肺功能疾病
☐關節炎 ☐小兒麻痺 ☐發展遲緩 ☐下肢骨折或截肢 ☐腦外傷
☐其他_____

2. 使用目的與活動需求(可複選)：☐日常生活行動 ☐休閒與運動 ☐其他_____

3. 步行輔具欲使用環境(可複選)：☐室內 ☐校園 ☐家中(在家教育) ☐其他_____

4. 目前使用步行輔具來源：☐目前無使用 (以下免填)

☐自購 ☐社政補助 ☐租賃 ☐捐贈 ☐教育單位 ☐其他_____

目前使用情形：☐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。

☐部分零件損壞或需要調整，可進行修復或調整。

☐其他_____

三、身體功能評估

1. 身體尺寸量測

身高：_____公分，體重：_____公斤

站立手握持高度(肘彎曲 20 度，由手掌量至第五腳趾外 15 公分處)：_____公分

腋下拐高度(由腋下 5 公分量至第五腳趾外 15 公分處)：_____公分

前臂拐高度(由肘下 2.5 公分量至第五腳趾外 15 公分處)：_____公分

前臂平台拐(由肘關節量至第五腳趾外 15 公分處)：_____公分

2. 姿勢控制能力

- a. 頭部控制：☐良好 ☐需支撐
- b. 軀幹控制：☐良好 ☐需支撐
- c. 坐姿平衡：☐良好 ☐雙手扶持尚可維持平衡 ☐雙手扶持難以維持平衡
- d. 站起：☐不用手即可站起 ☐用手協助站起 ☐沒有協助無法站起
- e. 站起前的嘗試次數：☐一次即站起 ☐超過一次才站起 ☐沒有協助無法站起
- f. 站立起 5 秒內平衡：☐無需助行器或其他支撐仍穩固
☐需助行器或其他支撐才穩固
☐不穩(staggers、移動腳步、軀幹搖晃)
- g. 站立平衡：☐窄底面無需支撐
☐寬底面(腳跟內側距離>10 公分)且需其他支撐
☐不穩

3. 肌肉張力

- 頭、頸：☐正常 ☐低張 ☐高張
- 左上肢：☐正常 ☐低張 ☐高張
- 左下肢：☐正常 ☐低張 ☐高張
- 軀幹：☐正常 ☐低張 ☐高張
- 右上肢：☐正常 ☐低張 ☐高張
- 右下肢：☐正常 ☐低張 ☐高張

4. 肢體動作控制

- 左上肢：☐正常 ☐不正常協同動作 ☐不自主動作 ☐動幅障礙 ☐其他_____
- 右上肢：☐正常 ☐不正常協同動作 ☐不自主動作 ☐動幅障礙 ☐其他_____
- 左下肢：☐正常 ☐不正常協同動作 ☐不自主動作 ☐動幅障礙 ☐其他_____
- 右下肢：☐正常 ☐不正常協同動作 ☐不自主動作 ☐動幅障礙 ☐其他_____

5. 關節活動度

- | | 左 | | | 右 | | |
|------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 肩關節： | ☐ 正常 | ☐ 緊 | ☐ 受限 | ☐ 正常 | ☐ 緊 | ☐ 受限 |
| 肘關節： | ☐ 正常 | ☐ 緊 | ☐ 受限 | ☐ 正常 | ☐ 緊 | ☐ 受限 |
| 腕關節： | ☐ 正常 | ☐ 緊 | ☐ 受限 | ☐ 正常 | ☐ 緊 | ☐ 受限 |
| 髖關節： | ☐ 正常 | ☐ 緊 | ☐ 受限 | ☐ 正常 | ☐ 緊 | ☐ 受限 |
| 膝關節： | ☐ 正常 | ☐ 緊 | ☐ 受限 | ☐ 正常 | ☐ 緊 | ☐ 受限 |
| 踝關節： | ☐ 正常 | ☐ 緊 | ☐ 受限 | ☐ 正常 | ☐ 緊 | ☐ 受限 |

6. 認知能力：☐正常 ☐尚可 ☐差(足以影響操作之安全性)
7. 判斷能力：☐正常 ☐錯亂或遲鈍(足以影響操作之安全性)
8. 視知覺能力：☐正常 ☐尚可 ☐差(足以影響操作之安全性)
9. 情緒控制：☐正常 ☐尚可 ☐差(足以影響操作之安全性)

四、步行輔具之規格配置建議

種類	類型 / 配件
☐ 拐杖(☐ 單側/ ☐ 雙側)	☐ 一般手杖 ☐ 四腳手杖 ☐ 腋下拐杖 ☐ 前臂拐杖 ☐ 前臂平台拐杖
☐ 助行器	☐ 一般型 ☐ 前推： ☐ 二輪 ☐ 四輪 ☐ 後拉： ☐ 二輪 ☐ 四輪-定向 ☐ 四輪-前轉向輪 ☐ 助起型 ☐ 前臂平台助行器 功能配件： ☐ 前二支柱裝定向輪 ☐ 左右交替前進功能
☐ 帶輪型助步車 (助行椅)	必備配件：手控煞車及煞車鎖定功能、臨時休憩座位功能
☐ 姿勢控制型助行器	須可調整為前推或後拉方式雙用，個案較常使用方式為： ☐ 較常前推使用 ☐ 較常後拉使用 1. 前輪 ☐ 定向型： ☐ 轉向、定向可控制型 ☐ 轉向角度範圍可控制型 ☐ 其他：_____ 2. 後輪/支柱 ☐ 使用固定支柱(一般拐杖頭) ☐ 一般定向輪： ☐ 單向只進不退輪 ☐ 阻力調整輪 ☐ 其他：_____ 3. 特殊配件： ☐ 骨盆側支撐墊 ☐ 骨盆懸吊帶或座墊 ☐ 前臂支撐配件～前臂平台高度：_____公分 (站姿下由手肘量至第五腳趾外 15 公分處) ☐ 其他：_____

☐ 軀幹前臂支撐型步態訓練器	胸圍：_____公分 前臂長：_____公分 手肘高：_____公分 軀幹支撐上緣高度：_____公分(約為個案腋下高度減 5 公分) 前臂平台高度：_____公分(站姿下由手肘量至第五腳趾外 15 公分處)
	1. 前輪 ☐ 一般型轉向輪 ☐ 轉向、定向可控制型 ☐ 轉向角度範圍可控制型 ☐ 單向只進不退輪 ☐ 阻力調整輪 ☐ 其他：_____

其他建議事項：_____

評估人員 姓 名		職 稱	☐ 物理治療師 ☐ 職能治療師
		評估日期	年 月 日
聯絡電話		E-Mail	

表 02 ☐輪椅（一般型） ☐特製輪椅 ☐推車 （6-9 頁）

一、學生基本資料

學校名稱		學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女
教育階段	☐ 學前：小/中/大 班 ☐ 國小____年級 ☐ 國中____年級 ☐ 高中____年級	安置班型	☐ 普通班（ ☐ 資源班 ☐ 不分類巡迴） ☐ 在家教育 ☐ 床邊教學 ☐ 特教班		
障礙類別		障礙等級	☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度		

二、輪椅使用現況

1. 輔具使用之相關診斷(可複選)：

- ☐腦性麻痺 ☐肌肉萎縮症 ☐脊髓損傷 ☐運動神經元疾病 ☐心肺功能疾病
☐關節炎 ☐小兒麻痺 ☐發展遲緩 ☐下肢骨折或截肢 ☐腦外傷
☐其他_____

2. 使用輪椅目的：_____

3. 現有移行輔具：

- ☐目前無使用（以下免填）
☐非輕量化量產型輪椅 ☐輕量化量產型輪椅 ☐量身訂製型輪椅 ☐高活動型輪椅
☐電動輪椅 ☐其他_____

目前使用情形：☐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。

☐部分零件損壞或需要調整，可進行修復或調整。

☐符合使用者現在之使用需求

☐其他_____

三、身體功能評估

身體尺寸量測：身高約_____公分，體重約_____公斤，軀幹厚約_____公分

長度單位：cm

11 上臂長
SIZE : _____

4 臀至膝窩長
SIZE : _____

5 膝窩高
SIZE : _____

1 髖關節角度
_____度

2 髖間角度
_____度

10 肩 寬
SIZE : _____

9 胸 寬
SIZE : _____

3 臀 寬
SIZE : _____

8 頭 高
SIZE : _____

7 肩 高
SIZE : _____

6 肩胛下角高
SIZE : _____

Developed by CSMU, ATC & KARMA

※雙側不同時請標示：左/右

身體各部位姿態	坐姿平衡	☐ 良好 ☐ 雙手扶持尚可維持平衡 ☐ 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： ☐ 左側 ☐ 右側 ☐ 前方 ☐ 後方
	骨盆	☐ 正常 ☐ 向前傾／後傾（可調整角度：_____） ☐ 向右／左傾斜（可調整角度_____） ☐ 向右／左旋轉 坐姿時骨盆經常： ☐ 向前滑動 ☐ 向後滑動 ☐ 向右滑動 ☐ 向左滑動
	脊柱	☐ 正常或無明顯變形 ☐ 脊柱側彎（ ☐ 可調整 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形） ☐ Hyper-Kyphosis（ ☐ 可調整 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形） ☐ Hyper-Lordosis（ ☐ 可調整 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形）
	頭部控制	☐ 正常 ☐ 偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 ☐ 完全無法控制
	肩部	☐ 正常 ☐ 後縮 ☐ 前突
	腕部	☐ 正常 ☐ 內收 ☐ 外展 ☐ 風吹式變形 ☐ 其他
	膝部	☐ 正常 ☐ 彎曲變形 ☐ 伸直變形
	踝部	☐ 正常 ☐ 外翻變形 ☐ 蹠屈變形
	其他攣縮	☐ 無 ☐ 部位：_____ 對坐姿擺位之影響：_____
	認知能力	☐ 正常 ☐ 尚可 ☐ 差（足以影響操作之安全性）
判斷能力	☐ 正常 ☐ 錯亂或遲鈍（足以影響操作之安全性）	
視知覺能力	☐ 正常 ☐ 尚可 ☐ 差（足以影響操作之安全性）	
情緒控制	☐ 正常 ☐ 尚可 ☐ 差（足以影響操作之安全性）	
肌肉張力	☐ 正常 ☐ 異常： ☐ 頭／頸 ☐ 軀幹 ☐ 上肢 ☐ 下肢（ ☐ 低張 ☐ 高張 ☐ 其他_____）	
皮膚感覺	☐ 正常 ☐ 異常 ☐ 喪失 部位：_____	
壓瘡	☐ 未發生 ☐ 過去有 ☐ 目前有，部位：_____ 尺寸：_____公分 × _____公分 分級： ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV	
操作技巧 ☐ 使用者 ☐ 照顧者	1. 啟動／解除煞車： ☐ 可 ☐ 否 ☐ 遲緩或困難 2. 在平地及坡面上執行前進、後退、轉向及停止： ☐ 可 ☐ 否 ☐ 遲緩或困難 3. 以前進及後退方式在開門時限內進出電梯： ☐ 可 ☐ 否 4. 自行開門並安全通過： ☐ 可 ☐ 否 5. 於較窄的通道中穩定向前推行五公尺： ☐ 可 ☐ 否 6. 進出小轎車或馬桶、床鋪間的轉位： ☐ 可 ☐ 否 ☐ 遲緩或困難 7. 上下 10 公分的台階： ☐ 可 ☐ 否 ☐ 不安全或困難 8. 能注意別人及自身的安全： ☐ 可 ☐ 否	

四、輪椅之規格配置建議

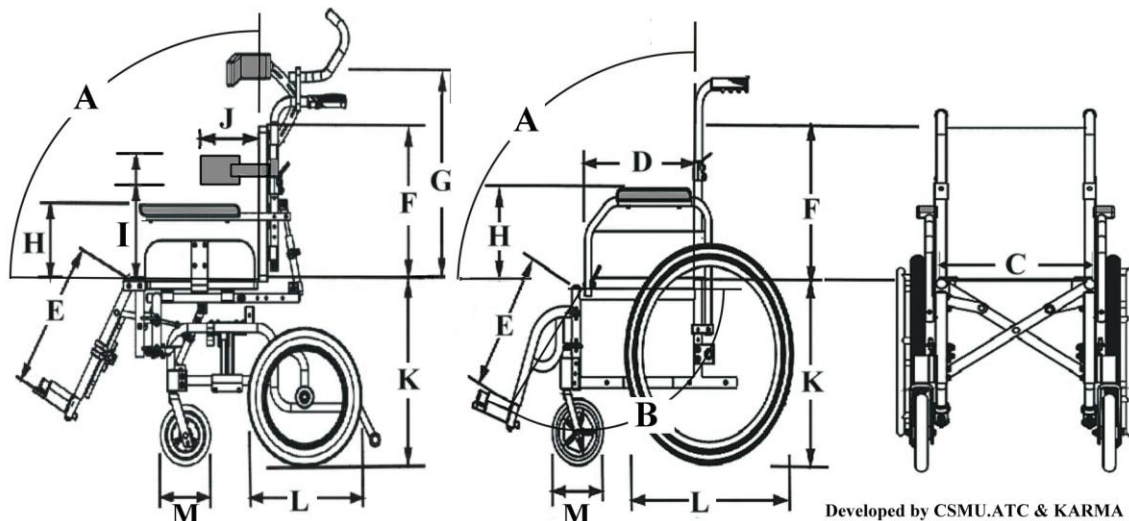
類 型	一、 ☐ 一般輪椅 ☐ 普通鐵製量產型輪椅 ☐ 輕量化材質量產型輪椅 ☐ 高活動型輪椅 1. 扶手： ☐ 可拆卸 ☐ 固定式 2. 靠腳： ☐ 可拆卸 ☐ 可旋開 ☐ 可掀起 ☐ 可升撥角度 ☐ 固定式 ☐ 其他_____ 3. 配件：(請說明品項、並註明長寬等尺寸)： ☐ 小腿綁帶 ☐ 胸帶 ☐ 骨盆帶 ☐ 其他_____	
	二、 ☐ 規格性特製輪椅(鋁合金可折式骨架) 1. 功能： ☐ 座椅未附加姿勢變換功能 ☐ 可斜躺 Recline ☐ 空中傾倒 Tilt-in-space 2. 尺寸：有效坐寬 _____吋，有效坐深 _____吋。 3. 扶手： ☐ 固定式 ☐ 後掀式或可拆式 ☐ 近桌式 ☐ 升降式	
	主要使用地點： ☐ 室內 ☐ 戶外 ☐ 均需要	
	主要操作者： ☐ 案主自己 ☐ 照顧者 ☐ 兩者皆要	
	骨架形式： ☐ 固定式(Rigid) ☐ 折合式(Folding)	後輪軸心： ☐ 標準 ☐ 前置 ☐ 後置
手推圈(Handrim)： ☐ 金屬推圈 ☐ 塑膠推圈 ☐ 加裝梅花輪 ☐ 披覆橡膠 ☐ 其他_____		

五、輪椅用之擺位配件建議

座 椅 系 統	頭靠	☐ 大爪型頭靠 ☐ 小爪型頭靠 ☐ 大弧形頭靠 ☐ 小弧形頭靠 ☐ U型枕頭靠
	座墊	材質： ☐ 一般帆布 ☐ 硬式底板 ☐ 泡棉 ☐ 記憶泡棉 ☐ 氣墊 ☐ 流體凝膠 ☐ 半固態凝膠 ☐ 組合材料 ☐ 其他_____ (例如：坐墊有前高後低楔形坐墊需求需註明高度) 座墊總厚度：_____公分
	背靠	材質： ☐ 一般帆布 ☐ 泡棉 ☐ 氣墊 ☐ 流體凝膠 ☐ 半固態凝膠 ☐ 組合材料 結構： ☐ 有硬式底板 ☐ 可附加軀幹側支撐 ☐ 有快速拆裝機構 ☐ 可調整吊掛參數 造型： ☐ 人體工學曲面適形 ☐ 平面型

坐姿擺位配件與規格：（可複選）

- ☐軀幹側支撐：☐左 ☐右
☐胸帶：☐H 帶 ☐一字帶(寬度_____吋，☐彈扣式 ☐二節式 PVC)
☐骨盆帶：☐彈扣式織帶 ☐兩截式 PVC 黏扣帶 ☐其他_____
☐臀側支撐墊
☐外展鞍板
☐內收鞍板 或 ☐膝部內縮帶(寬度_____吋，☐彈扣式 或☐二節式 PVC)
☐小腿靠桿：☐垂直 ☐前置 ☐後置
 角度：☐固定 ☐可上抬 ☐可內外旋或拆卸
 小腿支撐方式：☐小腿靠墊 ☐小腿靠帶
☐踏板形式：☐單片式 ☐兩片式 ☐旋轉式 ☐其它_____
☐腳跟擋帶
☐腳掌帶
☐防後傾桿
☐桌板，形式：_____（圖示）
☐其他：_____



坐椅尺寸與角度相關參數：（單位：cm，除非有特別加註英吋，無需某配件時該參數不填）

座背靠夾角(A)：_____° 腿靠角度(B)：_____°
 座寬(C座墊寬度或扶手間距)：_____ 座深(D)：左_____ 右_____
 腿靠長度(E)：左_____ 右_____ 椅背高度(F)：_____
 頭靠高度(G)：_____ 扶手高度(H)：左_____ 右_____
 軀幹側撐：高度(I)：左_____ ~ _____ 右_____ ~ _____ 深度(J)：左_____ ~ _____ 右_____ ~ _____
 座面高度(K)：_____ 後輪尺寸(L)：_____ 英吋 前導輪尺寸(M)：_____ 英吋
 ☆ 測量基準面為座墊表面及背墊底部中間表面

評估人員 姓 名	職 稱	☐ 物理治療師 ☐ 職能治療師	
	評估日期	年 月 日	
聯絡電話	E-Mail		

表 03 特製三輪車(10-11 頁)

一、學生基本資料

學校名稱		學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女
教育階段	☐ 學前：小/中/大 班 ☐ 國小____年級 ☐ 國中____年級 ☐ 高中____年級	安置班型	☐ 普通班 (☐ 資源班 ☐ 不分類巡迴) ☐ 在家教育 ☐ 特教班 ☐ 其他_____		
障礙類別		障礙等級	☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度		

二、身體功能評估

1. 輔具使用之相關診斷(可複選)：

- ☐腦性麻痺 ☐肌肉萎縮症 ☐脊髓損傷 ☐運動神經元疾病 ☐心肺功能疾病
☐關節炎 ☐小兒麻痺 ☐發展遲緩 ☐下肢骨折或截肢 ☐腦外傷
☐其他_____

2. 身體尺寸量測

身高：_____公分，體重：_____公斤
 腿長(髖部到足底)：_____公分，大腿長(髖部到膝窩)：_____公分

3. 姿勢控制能力

- a. 頭部控制：☐良好 ☐需支撐
 b. 軀幹控制：☐良好 ☐需支撐
 c. 站立能力：☐可放手安全地站 5 分鐘以上 ☐可扶物站立，姿勢良好
 ☐可扶物站立，姿勢不佳 ☐無法自行站立
 d. 坐姿平衡：☐良好 ☐雙手扶持尚可維持平衡 ☐雙手扶持難以維持平衡

4. 坐到站能力：

☐獨立坐到站 ☐需使用輔具支撐 ☐需他人協助完成 ☐完全仰賴他人完成

5. 方向把手控制能力：☐正常 ☐尚可 ☐有困難 ☐完全不行

6. 肌肉張力

頭、頸：☐正常 ☐低張 ☐高張 軀 幹：☐正常 ☐低張 ☐高張
 左上肢：☐正常 ☐低張 ☐高張 右上肢：☐正常 ☐低張 ☐高張
 左下肢：☐正常 ☐低張 ☐高張 右下肢：☐正常 ☐低張 ☐高張

7. 被動關節活動度

	左	右
髖關節：	☐ 正常 ☐ 緊 ☐ 受限	☐ 正常 ☐ 緊 ☐ 受限
膝關節：	☐ 正常 ☐ 緊 ☐ 受限	☐ 正常 ☐ 緊 ☐ 受限
踝關節：	☐ 正常 ☐ 緊 ☐ 受限	☐ 正常 ☐ 緊 ☐ 受限

8. 人工髖關節置換：☐是 ☐否

9. 認知能力：☐正常 ☐尚可 ☐差 (足以影響操作之安全性)

10. 判斷能力：☐正常 ☐錯亂或遲鈍 (足以影響操作之安全性)

11. 視知覺能力：☐正常 ☐尚可 ☐差 (足以影響操作之安全性)

12. 情緒控制：☐正常 ☐尚可 ☐差 (足以影響操作之安全性)

13. 感 覺：☐正常 ☐表達困難 ☐異常，部位：_____

三、特製三輪車之規格配置建議

尺寸：☐小(身高約 80~120 公分) ☐大(身高約 120 公分以上)

座椅高度：離地_____公分

手把高度：離地_____公分

背靠高度(上下)：_____公分

軀幹固定器：☐不需要 ☐需要，離座椅高度_____公分

安全約束帶：☐不需要 ☐需要

腳踏板固定帶：☐不需要 ☐需要

其他相關配件：☐鞋套 ☐其他_____

其他建議事項：_____

評估人員 姓 名		職 稱	☐ 物理治療師 ☐ 職能治療師
		評估日期	年 月 日
聯絡電話		E-Mail	

表 04 站立架(12-14 頁)

一、學生基本資料

學校名稱		學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女
教育階段	☐ 學前：小/中/大 班 ☐ 國小____年級 ☐ 國中____年級 ☐ 高中____年級	安置班型	☐ 普通班 (☐ 資源班 ☐ 不分類巡迴) ☐ 在家教育 ☐ 特教班 ☐ 其他_____		
障礙類別		障礙等級	☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度		

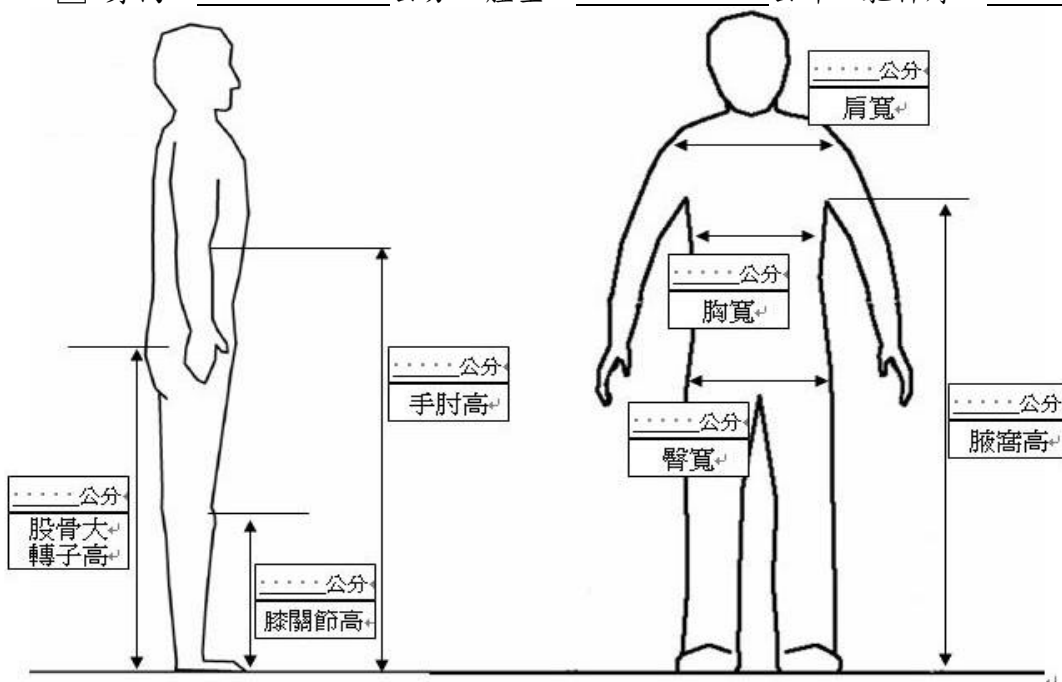
二、身體功能評估

1. 輔具使用之相關診斷(可複選)：

- ☐ 腦性麻痺 ☐ 肌肉萎縮症 ☐ 脊髓損傷 ☐ 運動神經元疾病 ☐ 心肺功能疾病
☐ 關節炎 ☐ 小兒麻痺 ☐ 發展遲緩 ☐ 下肢骨折或截肢 ☐ 腦外傷
☐ 其他_____

2. 身體尺寸量測

☐ 身高：_____公分，體重：_____公斤，軀幹厚：_____公分。



3. 姿勢控制能力

- a. 頭部控制：☐良好 ☐需支撐 ☐尚可
 b. 軀幹控制：☐良好 ☐需支撐 ☐尚可
 c. 站立能力：☐可放手安全地站 5 分鐘以上 ☐可扶物站立，姿勢良好
 ☐可扶物站立，姿勢不佳 ☐無法自行站立

4. 被動關節活動度：

	左	右
髖關節	☐ 正常 ☐ 緊 ☐ 受限	☐ 正常 ☐ 緊 ☐ 受限
膝關節	☐ 正常 ☐ 緊 ☐ 受限	☐ 正常 ☐ 緊 ☐ 受限
踝關節	☐ 正常 ☐ 緊 ☐ 受限	☐ 正常 ☐ 緊 ☐ 受限

5. 骨骼：☐無異常 ☐有異常：類別☐功能性 ☐結構性(可複選)

☐骨盆傾斜 ☐脊柱側彎 ☐脊柱前凸 ☐脊柱後彎 ☐長短腿 ☐大腿內縮
☐大腿外展 ☐足內翻 ☐足外翻 ☐馬蹄內翻足 ☐馬蹄外翻足

6. 感覺功能：☐正常 ☐表達困難 ☐異常 部位：_____

7. 肌肉張力：

頭、頸： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張	軀 幹： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張
左上肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張	右上肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張
左下肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張	右下肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張

8. 使用地點(例如教室)：_____

三、站立架之規格配置建議

(以下擇一填寫)

☐ 前趴式站立架	1. ☐ 胸部側支撐墊： ☐ 寬度可調整 ☐ 高度可獨立調整 2. ☐ 骨盆側支撐墊： ☐ 寬度可調整 ☐ 高度可獨立調整 3. ☐ 膝部分隔支撐墊 4. ☐ 足部固定配件，形式：_____ 5. ☐ 其他配件：_____
☐ 後仰式站立架	1. ☐ 頭部側支撐墊： ☐ 寬度可調整 ☐ 高度可獨立調整 2. ☐ 胸部側支撐墊： ☐ 寬度可調整 ☐ 高度可獨立調整 3. ☐ 骨盆側支撐墊： ☐ 寬度可調整 ☐ 高度可獨立調整 4. ☐ 兩側膝部分開固定設計 5. ☐ 足部固定配件，形式：_____ 6. ☐ 踝關節角度調整踏板 7. ☐ 手部抓握桿/ ☐ 支撐桌面 8. ☐ 其他配件：_____
☐ 直立式站立架	1. ☐ 胸部側支撐墊： ☐ 寬度可調整 ☐ 高度可獨立調整 2. ☐ 骨盆側支撐墊： ☐ 寬度可調整 ☐ 高度可獨立調整 3. ☐ 兩側膝部支撐配件可獨立調整設計 4. ☐ 足部固定配件，形式：_____ 5. ☐ 桌板 6. ☐ 其他：_____ 底座設計： 1. ☐ 踏板高度限制：需小於_____cm(方便直接轉位站起) 2. ☐ 底座直接附輪方便移動 3. ☐ 附輪板方便搬移

其他建議事項：

評估人員 姓 名		職 稱	☐ 物理治療師 ☐ 職能治療師
		評估日期	年 月 日
聯絡電話		E-Mail	

表 05 ☐ 餵食椅 ☐ 三角椅 ☐ 凱立椅 (15-16 頁)

一、學生基本資料

學校名稱		學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女
教育階段	☐ 學前：小/中/大 班 ☐ 國小____年級 ☐ 國中____年級 ☐ 高中____年級	安置班型	☐ 普通班 (☐ 資源班 ☐ 不分類巡迴) ☐ 在家教育 ☐ 床邊教學 ☐ 特教班		
障礙類別		障礙等級	☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度		

二、身體功能評估

1. 輔具使用之相關診斷(可複選)：

- ☐腦性麻痺 ☐肌肉萎縮症 ☐脊髓損傷 ☐運動神經元疾病 ☐心肺功能疾病
☐關節炎 ☐小兒麻痺 ☐發展遲緩 ☐下肢骨折或截肢 ☐腦外傷
☐其他_____

2. 身體尺寸量測

身高：_____公分，體重：_____公斤

11 上臂長
SIZE :

4 臀至膝窩長
SIZE :

5 膝窩高
SIZE :

2 腿間角度
_____度

1 髖關節角度
_____度

10 肩 寬
SIZE :

9 胸 寬
SIZE :

3 臀 寬
SIZE :

長度單位：cm

8 頭 高
SIZE :

7 肩 高
SIZE :

6 肩胛下角高
SIZE :

Developed by CSMU, ATC & KARMA

3. 姿勢控制能力

- a. 坐姿平衡：☐良好 ☐雙手扶持尚可維持平衡 ☐雙手扶持難以維持平衡
 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向：☐左側 ☐右側 ☐前方 ☐後方
- b. 頭部控制：☐良好 ☐尚可 ☐需支撐

4. 肌肉張力

- | | |
|--|--|
| 頭、頸： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 | 軀 幹： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 |
| 左上肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 | 右上肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 |
| 左下肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 | 右下肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 |

5. 被動關節活動度

左

腕關節：☐正常 ☐緊 ☐受限
膝關節：☐正常 ☐緊 ☐受限
踝關節：☐正常 ☐緊 ☐受限

右

☐正常 ☐緊 ☐受限
☐正常 ☐緊 ☐受限
☐正常 ☐緊 ☐受限

6. 骨骼：☐無異常 ☐有異常：類別☐功能性 ☐結構性(可複選)

☐骨盆傾斜 ☐脊柱側彎 ☐脊柱前凸 ☐脊柱後彎 ☐長短腿 ☐大腿內縮
☐大腿外展 ☐足內翻 ☐足外翻 ☐馬蹄內翻足 ☐馬蹄外翻足

7. 感覺：☐正常 ☐表達困難 ☐異常，部位：_____

8. 壓瘡：☐未發生 ☐過去有 ☐目前有，部位：_____ 尺寸：_____公分 × _____公分

分級：☐I (皮膚完整沒有破損，有持續不退的紅斑印)

☐II (皮膚有水泡或紅疹且傷到真皮層)

☐III(皮膚層全部受傷並深到皮下組織或脂肪)

☐IV (深及肌膜、肌肉，甚至深及骨頭)

三、規格配置建議

椅座種類	☐ 餵食椅	☐ 三角椅	☐ 凱立椅
尺 寸	☐ 小(適用身高小於 91 公分) ☐ 中(適用身高 91-122 公分) ☐ 大(適用身高 123-150 公分) ☐ 特大(適用身高 151-183 公分)	座寬_____公分 座深_____公分 背高_____公分	座寬_____公分 座深_____公分 背高_____公分
擺位配件 (可複選)	☐ 前膝檔板 ☐ 外展檔板 ☐ 外展鞍板 ☐ 軀幹側撐板 ☐ 胸部墊帶 ☐ H型鞍帶 ☐ 骨盆帶 ☐ 足部固定帶 ☐ 其他_____		☐ 胸帶 ☐ 骨盆帶 ☐ 牛角頸靠 ☐ 可調整腳踏板 ☐ 桌板 ☐ 推車
底 座	☐ 不需要 ☐ 地板底座 ☐ 課桌高度底座 ☐ 餐桌高度底座 ☐ 輪椅或推車底座		
備 註	其他需求或建議事項：		

評估人員 姓 名	職 稱	☐ 物理治療師 ☐ 職能治療師
	評估日期	年 月 日
聯絡電話	E-Mail	

表 06 特殊背墊(17-19 頁)

一、學生基本資料

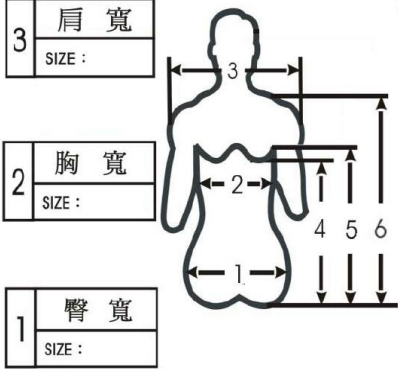
學校名稱		學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女
教育階段	☐ 學前：小/中/大 班 ☐ 國小____年級 ☐ 國中____年級 ☐ 高中____年級	安置班型	☐ 普通班 (☐ 資源班 ☐ 不分類巡迴) ☐ 在家教育 ☐ 床邊教學 ☐ 特教班		
障礙類別		障礙等級	☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度		

二、身體功能評估

1. 輔具使用之相關診斷(可複選)：

- ☐腦性麻痺 ☐肌肉萎縮症 ☐脊髓損傷 ☐運動神經元疾病 ☐心肺功能疾病
☐關節炎 ☐小兒麻痺 ☐發展遲緩 ☐下肢骨折或截肢 ☐腦外傷
☐其他_____

2. 身體尺寸量測：身高約_____公分，體重約_____公斤，軀幹厚：左_____公分，右_____公分

相關身體部位姿態	坐姿平衡	☐ 良好 ☐ 雙手扶持尚可維持平衡 ☐ 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： ☐ 左側 ☐ 右側 ☐ 前方 ☐ 後方	
	相關尺寸：	 長度單位：cm	脊柱變形情形(可複選)： ☐ 正常或無明顯變形 ☐ 受重力作用時彎曲變形，但平躺時可回復 ☐ 脊柱側彎(scoliosis)： ☐ C 型 ☐ S 型，主要彎曲的角度_____度 主要彎曲凸向_____側，頂點在_____位置 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形 ☐ 過度後凸(hyperkyphosis) ☐ 過度前凸(hyperlordosis) ☐ 脊柱旋轉(vertebral rotation)
			骨盆變形(可複選)： ☐ 正常 ☐ 向前/後傾斜 ☐ 向左/右傾斜 ☐ 向左/右旋轉
	軀幹控制能力	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不佳 ☐ 無法控制	
	上肢活動需求	☐ 需要推動輪椅 ☐ 需要控制搖桿 ☐ 經常需要伸到後方取物 ☐ 無明顯功能	
	皮膚感覺功能	☐ 正常 ☐ 表達困難 ☐ 異常，部位：_____	
	肌肉張力	頭、頸： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 左上肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 左下肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張	軀 幹： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 右上肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 右下肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張

壓瘡部位	☐ 未發生 ☐ 過去有 ☐ 目前有，部位：_____ 尺寸：_____公分 × _____公分 分級： ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
背墊操作能力	1. 移位時放置或移除背墊的能力： ☐ 可獨立完成 ☐ 需照顧者協助 2. 移除或設置軀幹側支撐的能力： ☐ 可獨立完成 ☐ 需照顧者協助 3. 扣緊或鬆開胸部固定帶的能力： ☐ 可獨立完成 ☐ 需照顧者協助

三、特殊背墊之規格配置建議

1. 特殊背墊使用目的：☐穩定坐姿 ☐降低壓力 ☐降低張力 ☐增進耐力 ☐預防變形
☐改善外觀 ☐增進功能 ☐其他_____

2. 現有背墊種類：

☐平面泡棉背墊 ☐量身訂製泡棉背墊 ☐底層附加泡棉的凝膠墊 ☐填充式氣囊背墊
☐預先成形的適形泡棉墊，含硬底座及快速拆裝機構。 ☐其他：_____

目前使用情形：☐已損壞不堪修復，需更新

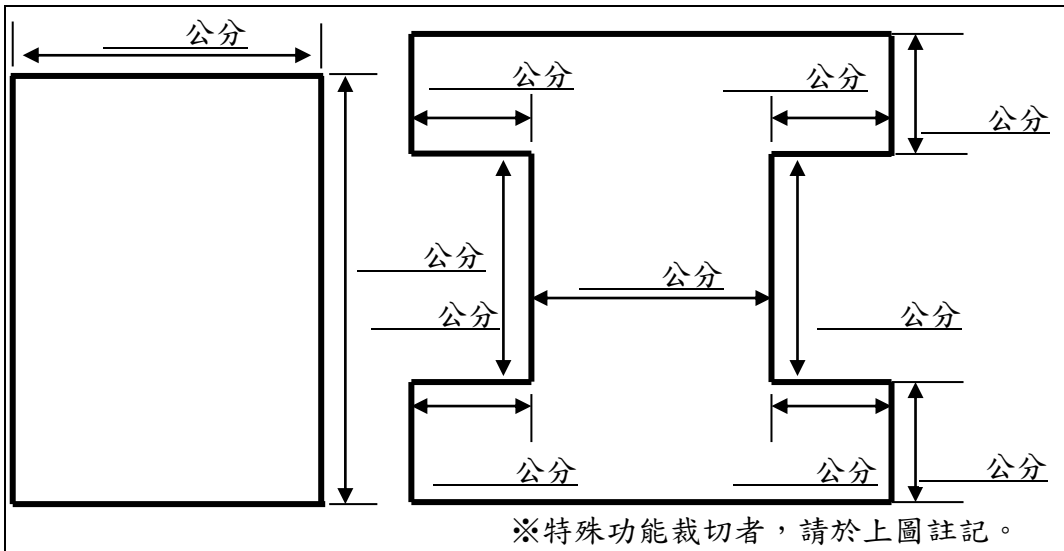
☐規格或功能不符使用者現在的需求，需更換。

☐部分損壞或需要調整，可進行修復或調整。

☐其他_____

☐ 背墊	1. 底板形式： ☐ 平面型硬式底板 ☐ 預先成形曲面硬式底板 2. 背墊材質： ☐ 一般平面泡棉背墊 ☐ 適形泡棉背墊 ☐ 充氣式背墊 ☐ 凝膠墊，種類： ☐ 固態或顆粒凝膠 ☐ 流體凝膠 ☐ 填充式氣囊氣背座 ☐ 其他：_____
	3. 調整功能： ☐ 無調整功能 ☐ 可快速拆裝 ☐ 角度調整功能 ☐ 座深調整功能 ☐ 嵌入式吊掛系統 ☐ 其他：_____

4. 尺寸：



	5. 相關配件： ☐胸部固定帶：長度_____ cm；☐一字型胸帶 ☐H型胸帶 ☐其他形式：_____ ☐其他配件：_____ 6. 配合背墊使用之輪椅： ☐手動輪椅：☐介護型 ☐自推型 座椅姿勢或角度變換的減壓功能：☐無 ☐有 ☐電動輪椅： 座椅姿勢或角度變換的減壓功能：☐無 ☐手動操作 ☐電動操作
☐ 軀幹側支撐	1. ☐雙側 ☐單側(☐左側/☐右側) 位置：左：離座墊高_____公分～_____公分；深度：_____公分 右：離座墊高_____公分～_____公分；深度：_____公分 2. 調整功能： ☐可調整左右位置 ☐可調整上下位置 ☐可調整深度 ☐可外掀 ☐可免工具拆除 ☐其他：_____
☐ 頭靠系統	1. 形式： ☐一字弧型 ☐四爪型 ☐門字型 ☐其他：_____ 2. 調整功能： ☐可調整高度位置 ☐可調整前後位置 ☐可調整支撐面角度 ☐其他：_____ 3. 相關配件： ☐頭部綁帶 ☐前額支撐 ☐下巴支撐 ☐肩部支撐 ☐其他：_____

評估人員 姓 名		職 稱	☐ 物理治療師 ☐ 職能治療師
		評估日期	年 月 日
聯絡電話		E-Mail	

表 07 特殊座墊(20-21 頁)

一、學生基本資料

學校名稱		學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女
教育階段	☐ 學前：小/中/大 班 ☐ 國小____年級 ☐ 國中____年級 ☐ 高中____年級	安置班型	☐ 普通班 (☐ 資源班 ☐ 不分類巡迴) ☐ 在家教育 ☐ 床邊教學 ☐ 特教班		
障礙類別		障礙等級	☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度		

二、身體功能評估

1. 輔具使用之相關診斷(可複選)：

- ☐腦性麻痺 ☐肌肉萎縮症 ☐脊髓損傷 ☐運動神經元疾病 ☐心肺功能疾病
☐關節炎 ☐小兒麻痺 ☐發展遲緩 ☐下肢骨折或截肢 ☐腦外傷
☐其他_____

2. 身體尺寸量測：身高約_____公分，體重約_____公斤

身體各部位姿態	坐姿平衡	☐ 良好 ☐ 雙手扶持尚可維持平衡 ☐ 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： ☐ 不會倒 ☐ 左側 ☐ 右側 ☐ 前方 ☐ 後方
	骨盆	☐ 正常 ☐ 坐姿時骨盆經常向： ☐ 前 ☐ 後 ☐ 左 ☐ 右滑動 ☐ 向前/後傾斜；變形情況： ☐ 可調整 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形 ☐ 向左/右傾斜；變形情況： ☐ 可調整 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形 ☐ 向左/右旋轉；變形情況： ☐ 可調整 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形
	脊柱	☐ 正常 ☐ 脊柱側彎 ☐ 過度後凸(hyperkyphosis) ☐ 過度前凸(hyperlordosis)
	髖部	☐ 正常 ☐ 內收 ☐ 外展 ☐ 風吹式變形 ☐ 其他：_____
易導致褥瘡發生的危險因子		☐ 糖尿病 ☐ 失禁 ☐ 皮膚清潔狀況不佳 ☐ 營養不良 ☐ 臀部皮下軟組織厚度不足 ☐ 異常骨突結構 ☐ 周邊血管病變異常 ☐ 有皮膚感染或疾病 ☐ 經常性摩擦 ☐ 臀部皮膚感覺異常或喪失 ☐ 其他：_____
壓瘡		☐ 未發生 ☐ 過去有 ☐ 目前有：部位：_____ 尺寸：_____公分× _____公分 分級： ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
認知功能		☐ 正常 ☐ 尚可 ☐ 障礙：_____
轉位能力		☐ 可獨立完成 ☐ 執行費力耗時或需借助輔具 ☐ 完全依賴
減壓能力		☐ 獨立將身起撐起進行臀部減壓 ☐ 藉由座椅姿勢或角度變換進行減壓 ☐ 藉由身體重心偏移進行減壓 ☐ 無自主減壓能力，或減壓效率不彰。

三、特製座墊之規格配置建議

1. 特殊座墊使用目的：

☐穩定坐姿 ☐降低壓力 ☐降低張力 ☐增進耐力 ☐預防變形 ☐改善外觀 ☐其他_____

2. 現有座墊種類：

☐平面泡棉座墊 ☐平面記憶泡棉座墊 ☐連通管氣囊組合氣墊-塑膠材質

☐連通管氣囊組合氣墊座-橡膠材質 ☐液態凝膠墊 ☐固態凝膠墊 ☐填充式氣囊氣墊座

☐交替充氣型氣墊座 ☐量製型座墊 ☐其他：_____

目前使用情形：☐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。

☐部分損壞或需要調整，可進行修復或調整。

☐其他_____

配合座墊 使用之輔具	座面尺寸(座寬×座深)：_____cm×_____cm 支撐面： ☐ 硬板 ☐ 布面
	☐ 1. 手動輪椅： ☐ 介護型 ☐ 自推型 座椅姿勢或角度變換的減壓功能： ☐ 無 ☐ 有 ☐ 2. 電動輪椅：座椅姿勢或角度變換的減壓功能： ☐ 無 ☐ 手動操作 ☐ 電動操作 ☐ 3. 擺位椅(非移行輔具) ☐ 4. 其他：_____
尺寸	座寬：_____cm，座深：_____cm，未乘坐時座墊高度：_____cm
擺位調整	☐ 無需進行特殊調整功能 ☐ 需進行擺位調整功能，調整如下： 前/後 半部的 左/右側 增加/減少 支撐_____公分或_____
覆套	☐ 彈性透氣覆套 ☐ 彈性防水覆套 ☐ 覆套底部止滑功能 ☐ 覆套底部車縫黏釦帶
配件	☐ 無 ☐ 降低座高的「沈入式座板」 ☐ 增加座墊底部穩定性的底板 ☐ 骨盆帶

評估人員 姓名	職 稱	☐ 物理治療師 ☐ 職能治療師
	評估日期	年 月 日
聯絡電話	E-Mail	

表 08 量製課桌(22-23 頁)

一、學生基本資料

學校名稱		學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女
教育階段	☐ 學前：小/中/大 班 ☐ 國小____年級 ☐ 國中____年級 ☐ 高中____年級	安置班型	☐ 普通班 (☐ 資源班 ☐ 不分類巡迴) ☐ 在家教育 ☐ 床邊教學 ☐ 特教班		
障礙類別		障礙等級	☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度		

二、身體功能評估

1. 輔具使用之相關診斷(可複選)：

- ☐腦性麻痺 ☐肌肉萎縮症 ☐脊髓損傷 ☐運動神經元疾病 ☐心肺功能疾病
☐關節炎 ☐小兒麻痺 ☐發展遲緩 ☐下肢骨折或截肢 ☐腦外傷
☐其他_____

2. 身體尺寸量測：身高約_____公分，體重約_____公斤。胸寬：_____公分，肩寬：_____公分。

坐姿平衡	☐ 良好 ☐ 雙手扶持尚可維持平衡 ☐ 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： ☐ 不會倒 ☐ 左側 ☐ 右側 ☐ 前方 ☐ 後方
骨骼	☐ 無異常 ☐ 骨盆傾斜 ☐ 脊柱側彎 ☐ 脊柱前凸 ☐ 脊柱後彎 ☐ 長短腿 ☐ 大腿內縮 ☐ 大腿外展 ☐ 足內翻 ☐ 足外翻 ☐ 馬蹄內翻足 ☐ 馬蹄外翻足 ☐ 其他_____
頭部控制	☐ 正常 ☐ 偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 ☐ 完全無法控制
坐到站能力	☐ 獨立坐到站 ☐ 需使用輔具支撐 ☐ 需他人協助完成 ☐ 完全仰賴他人完成
肌肉張力	☐ 正常 ☐ 異常： ☐ 頭/頸 ☐ 軀幹 ☐ 上肢 ☐ 下肢 (☐ 低張 ☐ 高張 ☐ 其他_____)

3. 現有配合課桌使用的坐姿輔具：

- ☐目前無使用 (以下免填)
☐非輕量化量產型輪椅 ☐輕量化量產型輪椅 ☐量身訂製型輪椅 ☐高活動型輪椅
☐電動輪椅 ☐量製座椅 ☐其他_____

4. 主要使用地點(例如教室)：_____

三、量製課桌之規格配置建議

1. 種類：

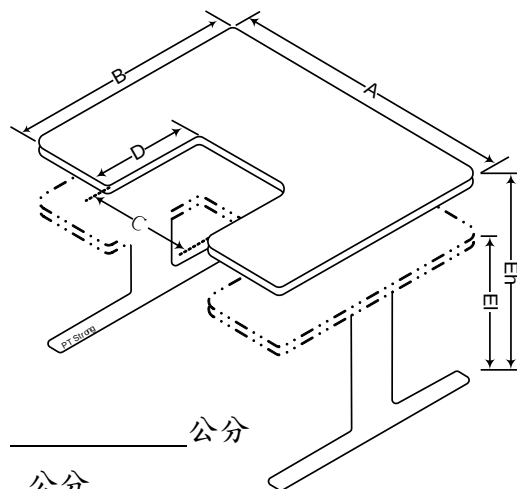
- ☐ 平面式
- ☐ 桌面傾斜角度可調(最大角度：_____)
- ☐ 桌面高度桌面高度手動升降(☐ 手搖調整 ☐ 氣壓調整 ☐ 需拆卸螺絲卡榫)
- ☐ 其他_____

2. 桌面型式：

- ☐ 四邊型(☐ 無需邊條 ☐ 需邊條)
- ☐ 有圓弧形缺口(半徑：_____公分) ☐ 其他_____

3. 尺寸配置：

- (1) 桌面寬度(A)：_____公分
- (2) 桌面深度(B)：_____公分
- (寬度應大於 100 公分、深度應大於 60 公分)
- (3) 適形裁切寬度(C)：_____公分
- (4) 適形裁切深度(D)：_____公分
- (5) 桌面高度(Eh~El)：_____公分~_____公分
- (應具有 20 公分以上之高度調整功能)



- a. 配合課桌使用的坐姿輔具(輪椅或座椅等)扶手高度：_____公分
- b. 配合課桌使用的電動輪椅操作介面高度：_____公分

(請參考學生使用的坐姿輔具之高度及寬度，測量基準面為桌面表面至地面)

4. 相關配件：

- ☐ 直接附輪 ☐ 邊緣擋板 ☐ 加握把 ☐ 其他：_____

5. 若桌面型式或桌面高度需預留電動輪椅操作介面空間，請繪圖說明並註明尺寸(不需要者免填)

評估人員 姓 名		職 稱	☐ 物理治療師 ☐ 職能治療師
		評估日期	年 月 日
聯絡電話		E-Mail	

表 09 ☐量製課椅 ☐擺位椅(24-26 頁)

一、學生基本資料

學校名稱		學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女
教育階段	☐ 學前：小/中/大 班 ☐ 國小____年級 ☐ 國中____年級 ☐ 高中____年級	安置班型	☐ 普通班 (☐ 資源班 ☐ 不分類巡迴) ☐ 在家教育 ☐ 床邊教學 ☐ 特教班		
障礙類別		障礙等級	☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度		

二、身體功能評估

1. 輔具使用之相關診斷(可複選)：

- ☐腦性麻痺 ☐肌肉萎縮症 ☐脊髓損傷 ☐運動神經元疾病 ☐心肺功能疾病
☐關節炎 ☐小兒麻痺 ☐發展遲緩 ☐下肢骨折或截肢 ☐腦外傷
☐其他_____

2. 身體尺寸量測：身高約_____公分，體重約_____公斤。

11 上臂長
SIZE : _____

4 臀至膝窩長
SIZE : _____

5 膝窩高
SIZE : _____

2 髖關節角度
_____度

1 膝關節角度
_____度

10 肩 寬
SIZE : _____

9 胸 寬
SIZE : _____

3 臀 寬
SIZE : _____

長度單位：cm

8 頭 高
SIZE : _____

7 肩 高
SIZE : _____

6 肩胛下角高
SIZE : _____

Developed by CSMU, ATC & KARMA

※雙側不同時請標示：左/右

身體各部位姿態	坐姿平衡	☐ 良好 ☐ 雙手扶持尚可維持平衡 ☐ 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： ☐ 左側 ☐ 右側 ☐ 前方 ☐ 後方
	骨盆	☐ 正常 ☐ 向前傾/後傾（可調整角度：_____） ☐ 向右/左傾斜（可調整角度_____） ☐ 向右/左旋轉 坐姿時骨盆經常： ☐ 向前滑動 ☐ 向後滑動 ☐ 向右滑動 ☐ 向左滑動
	脊柱	☐ 正常或無明顯變形 ☐ 脊柱側彎（ ☐ 可調整 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形） ☐ Hyper-Kyphosis （ ☐ 可調整 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形） ☐ Hyper-Lordosis （ ☐ 可調整 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形）

	頭部控制	☐ 正常 ☐ 偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 ☐ 完全無法控制		
	肩部	☐ 正常 ☐ 後縮 ☐ 前突		
	髖部	☐ 正常 ☐ 內收 ☐ 外展 ☐ 風吹式變形 ☐ 其他		
	膝部	☐ 正常 ☐ 彎曲變形 ☐ 伸直變形		
	踝部	☐ 正常 ☐ 外翻變形 ☐ 蹠屈變形		
	其他攣縮	部位：_____ 對坐姿擺位之影響：_____		
認知能力	☐ 正常 ☐ 尚可 ☐ 差	視知覺能力	☐ 正常 ☐ 尚可 ☐ 差	
判斷能力	☐ 正常 ☐ 錯亂或遲鈍	情緒控制	☐ 正常 ☐ 尚可 ☐ 差	
肌肉張力	☐ 正常 ☐ 異常： ☐ 頭 / 頸 ☐ 軀幹 ☐ 上肢 ☐ 下肢(☐ 低張 ☐ 高張 ☐ 其他_____)			
皮膚感覺	☐ 正常 ☐ 異常 ☐ 喪失 部位：_____			
壓瘡	☐ 未發生 ☐ 過去有 ☐ 目前有，部位：_____ 尺寸：_____公分 × _____公分 分級： ☐ I（皮膚完整沒有破損，有持續不退的紅斑印） ☐ II（皮膚有水泡或紅疹且傷到真皮層） ☐ III（皮膚層全部受傷並深到皮下組織或脂肪） ☐ IV（深及肌膜、肌肉，甚至深及骨頭）			

三、量製座椅之規格配置建議

量製型座椅	1. 尺寸配置： 座寬_____公分；座深_____公分；座高_____公分 座墊至扶手高_____公分；座墊至踏板高_____公分 椅座頂至頭靠高_____公分
	2. 調整功能： ☐ 座深可調 ☐ 座寬可調 ☐ 座高可調 ☐ 踏板高度可調 ☐ 座面角度可調 ☐ 座背靠角度可調 ☐ 扶手高度可調 ☐ 頭靠位置可調 ☐ 其他：_____
	3. 擺位配件： (1)☐胸帶：☐一字型胸帶 ☐H 帶 ☐其他：_____ (2)☐骨盆帶：☐兩截式 PVC 黏扣帶☐彈扣式織帶☐四點式 ☐其他：_____ (3)☐軀幹側支撐墊：☐固定式 ☐寬度可調 ☐可外旋開式 位置：左：離座墊高_____公分～_____公分 深度：_____公分 右：離座墊高_____公分～_____公分 深度：_____公分 (4)☐大腿環帶：☐魔鬼黏 ☐彈扣式 ☐其他：_____ (5)☐分腿墊，型式 _____ (6)☐膝前檔板，型式 _____ (7)☐頭靠，型式 _____ (8)☐其他：_____

	4. 課桌/板： ☐獨立課桌 ☐使用桌板：☐抽屜式桌板 ☐桌板+黏帶 ☐桌板+管+座 ☐其他：_____ 5. 底座形式： ☐需與座椅相連(增加穩定度) ☐加足部綁帶 ☐附輪板方便搬移 ☐直接附輪 ☐其他：_____
--	---

評估人員 姓 名		職 稱	☐ 物理治療師 ☐ 職能治療師
		評估日期	年 月 日
聯絡電話		E-Mail	

表 10 如廁訓練椅(僅供生活管理教學訓練用，不可取代廁所馬桶功能)

(27-27 頁)

一、學生基本資料

學校名稱		學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女
教育階段	☐ 學前：小/中/大 班 ☐ 國小____年級 ☐ 國中____年級 ☐ 高中____年級	安置班型	☐ 普通班 (☐ 資源班 ☐ 不分類巡迴) ☐ 在家教育 ☐ 床邊教學 ☐ 特教班		
障礙類別		障礙等級	☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度		

二、身體功能評估

1. 輔具使用之相關診斷(可複選)：

- ☐腦性麻痺 ☐肌肉萎縮症 ☐脊髓損傷 ☐運動神經元疾病 ☐心肺功能疾病
☐關節炎 ☐小兒麻痺 ☐發展遲緩 ☐下肢骨折或截肢 ☐腦外傷
☐其他_____

2. 身體尺寸量測：

身高約_____公分，體重約_____公斤。臀寬：_____公分，胸寬：_____公分。

坐姿平衡	☐ 良好 ☐ 雙手扶持尚可維持平衡 ☐ 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： ☐ 不會倒 ☐ 左側 ☐ 右側 ☐ 前方 ☐ 後方
骨骼	☐ 無異常 ☐ 骨盆傾斜 ☐ 脊柱側彎 ☐ 脊柱前凸 ☐ 脊柱後彎 ☐ 長短腿 ☐ 大腿內縮 ☐ 大腿外展 ☐ 足內翻 ☐ 足外翻 ☐ 馬蹄內翻足 ☐ 馬蹄外翻足 ☐ 其他_____
頭部控制	☐ 正常 ☐ 偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 ☐ 完全無法控制
坐到站能力	☐ 獨立坐到站 ☐ 需使用輔具支撐 ☐ 需他人協助完成 ☐ 完全仰賴他人完成
肌肉張力	☐ 正常 ☐ 異常： ☐ 頭/頸 ☐ 軀幹 ☐ 上肢 ☐ 下肢 (☐ 低張 ☐ 高張 ☐ 其他_____)

三、如廁訓練椅之規格配置建議

1. 如廁訓練椅尺寸：

椅座離地高度：_____ 椅座寬度：_____

椅座深度：_____ 靠背高度：_____

2. 配件：☐頭靠 ☐外展鞍板 ☐胸帶 ☐腳踏板 ☐馬桶增高器 ☐其他：_____

3. 其他建議事項：_____

評估人員 姓 名	職 稱	☐ 物理治療師 ☐ 職能治療師
	評估日期	年 月 日
聯絡電話	E-Mail	

表 11 ☐移位輔具 ☐移位機(28-29 頁)

一、學生基本資料

學校名稱		學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女
教育階段	☐ 學前：小/中/大 班 ☐ 國小____年級 ☐ 國中____年級 ☐ 高中____年級	安置班型	☐ 普通班 (☐ 資源班 ☐ 不分類巡迴) ☐ 在家教育 ☐ 床邊教學 ☐ 特教班		
障礙類別		障礙等級	☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度		

二、身體功能評估

1. 輔具使用之相關診斷(可複選)：

- ☐腦性麻痺 ☐肌肉萎縮症 ☐脊髓損傷 ☐運動神經元疾病 ☐心肺功能疾病
☐關節炎 ☐小兒麻痺 ☐發展遲緩 ☐下肢骨折或截肢 ☐腦外傷
☐其他_____

2. 身體尺寸量測：

身高約_____公分，體重約_____公斤。臀寬：_____公分，腰圍：_____公分。

3. 坐姿輔具現況：☐特輪☐電輪☐擺位椅

傾倒/仰躺功能：☐無

☐有，☐可傾倒型 ☐可仰躺型

側移路徑可否淨空：☐無法淨空(扶手固定式) ☐可以(扶手可掀式)

翻身能力	☐ 獨立完成 ☐ 需協助 ☐ 完全依賴		
坐起能力	☐ 獨立完成 ☐ 需協助 ☐ 完全依賴		
躺著移動	☐ 獨立完成 ☐ 需協助 ☐ 完全依賴		
坐著移動	☐ 獨立完成 ☐ 需協助 ☐ 完全依賴		
坐姿平衡	☐ 無需他人支撐仍穩固 ☐ 需他人支撐才穩固 ☐ 給予支撐仍不穩		
站起能力	☐ 可獨立站起 ☐ 需他人協助 ☐ 完全依賴他人		
站起後5秒內平衡	☐ 無需他人支撐 ☐ 需他人支撐 ☐ 無法完成		
站立轉身	☐ 無需他人支撐 ☐ 需他人支撐 ☐ 無法完成		
意識狀態	☐ 清楚可配合指令 ☐ 清楚但無法配合指令 ☐ 嗜睡 ☐ 昏迷		
肌肉張力	頭、頸： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 軀 幹： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 左上肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 右上肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 左下肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張 右下肢： ☐ 正常 ☐ 低張 ☐ 高張		
關節活動度	左	右	
肩關節	☐ 正常 ☐ 受限 ☐ 已截除	☐ 正常 ☐ 受限 ☐ 已截除	
肘關節	☐ 正常 ☐ 受限 ☐ 已截除	☐ 正常 ☐ 受限 ☐ 已截除	
腕關節	☐ 正常 ☐ 受限 ☐ 已截除	☐ 正常 ☐ 受限 ☐ 已截除	
髖關節	☐ 正常 ☐ 受限 ☐ 已截除	☐ 正常 ☐ 受限 ☐ 已截除	
膝關節	☐ 正常 ☐ 受限 ☐ 已截除	☐ 正常 ☐ 受限 ☐ 已截除	
踝關節	☐ 正常 ☐ 受限 ☐ 已截除	☐ 正常 ☐ 受限 ☐ 已截除	

三、移位輔具之規格配置建議

移位機種類	☐ 移動式 ☐ 固定式 ☐ 軌道式
升降動力來源	☐ 外部電池 ☐ 充電式 ☐ 油壓手動 ☐ 其他_____
懸吊桿型式	☐ 二點(包覆式) ☐ 四點延伸式 ☐ 可傾斜四點延伸式 ☐ 其他_____
懸吊帶型式	☐ 坐式，頭部支撐： ☐ 有 ☐ 無。 ☐ 如廁型，頭部支撐： ☐ 有 ☐ 無。 ☐ 步態懸吊帶 ☐ 其他_____
懸吊帶材質	☐ 軟式布／塑膠料 ☐ 支撐處有墊片
吊帶底部 升降範圍	約離地_____公分至_____公分
底座開合	☐ 固定式 ☐ 手動開合 ☐ 電動開合 ☐ 其他_____
移位輔具 使用情境	現有坐姿輔具(☐ 特輪 ☐ 電輪 ☐ 擺位椅)←→ ☐ 床/傾斜床(仰躺式站立架) ☐ 馬桶/便椅 ☐ 課椅/擺位椅 ☐ 地墊 ☐ 其他_____
移位輔助 其他配件	☐ 移位腰帶 ☐ 移位轉盤 ☐ 移位滑墊： ☐ A 款(寬度、長度 50 公分以上) ☐ B 款(寬度 45 公分以上，長度 170 公分以上) ☐ 移位板 ☐ 其他_____
備 註	其他需求或建議事項：

評估人員 姓 名		職 稱	☐ 物理治療師 ☐ 職能治療師
		評估日期	年 月 日
聯絡電話		E-Mail	

表 12 ☐ 電動輪椅 ☐ 電動代步車 (30-33 頁)

一、學生基本資料

學校名稱		學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女
教育階段	☐ 學前：小/中/大 班 ☐ 國小____年級 ☐ 國中____年級 ☐ 高中____年級	安置班型	☐ 普通班 (☐ 資源班 ☐ 不分類巡迴) ☐ 在家教育 ☐ 床邊教學 ☐ 特教班		
障礙類別		障礙等級	☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度		

二、輪椅使用現況

4. 輔具使用之相關診斷(可複選)：

- ☐腦性麻痺 ☐肌肉萎縮症 ☐脊髓損傷 ☐運動神經元疾病 ☐心肺功能疾病
☐關節炎 ☐小兒麻痺 ☐發展遲緩 ☐下肢骨折或截肢 ☐腦外傷
☐其他_____

5. 使用電動輪椅目的：_____

6. 現有移行輔具：

- ☐目前無使用 (以下免填)
☐非輕量化量產型輪椅 ☐輕量化量產型輪椅 ☐量身訂製型輪椅 ☐高活動型輪椅
☐電動輪椅 ☐其他_____

目前使用情形：☐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。
☐部分零件損壞或需要調整，可進行修復或調整。
☐符合使用者現在之使用需求
☐其他_____

三、身體功能評估

身體尺寸量測：身高約_____公分，體重約_____公斤，軀幹厚約_____公分

11 上臂長
SIZE : _____

4 臀至膝窩長
SIZE : _____

5 膝窩高
SIZE : _____

2 髖關節角度
_____度

1 髖關節角度
_____度

10 肩 寬
SIZE : _____

9 胸 寬
SIZE : _____

3 臀 寬
SIZE : _____

長度單位：cm

8 頭 高
SIZE : _____

7 肩 高
SIZE : _____

6 肩胛下角高
SIZE : _____

Developed by CSMU, ATC & KARMA

※雙側不同時請標示：左/右

身體各部位姿態	坐姿平衡	☐ 良好 ☐ 雙手扶持尚可維持平衡 ☐ 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： ☐ 左側 ☐ 右側 ☐ 前方 ☐ 後方
	骨盆	☐ 正常 ☐ 向前傾／後傾（可調整角度：_____） ☐ 向右／左傾斜（可調整角度_____） ☐ 向右／左旋轉 坐姿時骨盆經常： ☐ 向前滑動 ☐ 向後滑動 ☐ 向右滑動 ☐ 向左滑動
	脊柱	☐ 正常或無明顯變形 ☐ 脊柱側彎（ ☐ 可調整 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形） ☐ Hyper-Kyphosis（ ☐ 可調整 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形） ☐ Hyper-Lordosis（ ☐ 可調整 ☐ 部分可調整 ☐ 完全固定變形）
	頭部控制	☐ 正常 ☐ 偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 ☐ 完全無法控制
	肩部	☐ 正常 ☐ 後縮 ☐ 前突
	腕部	☐ 正常 ☐ 內收 ☐ 外展 ☐ 風吹式變形 ☐ 其他
	膝部	☐ 正常 ☐ 彎曲變形 ☐ 伸直變形
	踝部	☐ 正常 ☐ 外翻變形 ☐ 蹠屈變形
	其他攣縮	☐ 無 ☐ 部位：_____ 對擺位或操作電動輪椅之影響：_____
	認知能力	☐ 正常 ☐ 尚可 ☐ 差（足以影響操作之安全性）
判斷能力	☐ 正常 ☐ 錯亂或遲鈍（足以影響操作之安全性）	
視知覺能力	☐ 正常 ☐ 尚可 ☐ 差（足以影響操作之安全性）	
情緒控制	☐ 正常 ☐ 尚可 ☐ 差（足以影響操作之安全性）	
肌肉張力	☐ 正常 ☐ 異常： ☐ 頭／頸 ☐ 軀幹 ☐ 上肢 ☐ 下肢（ ☐ 低張 ☐ 高張 ☐ 其他_____）	
皮膚感覺	☐ 正常 ☐ 異常 ☐ 喪失 部位：_____	
壓瘡	☐ 未發生 ☐ 過去有 ☐ 目前有，部位：_____ 尺寸：_____公分 × _____公分 分級： ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV	
可有效執行輔具控制的肢體部位 (可複選)	1. 上肢： ☐ 左側 ☐ 右側 部位： ☐ 手指抓握移動 ☐ 手腕或手掌移動 ☐ 肩或肘按壓開關 2. 下肢： ☐ 左側 ☐ 右側 部位： ☐ 腳指抓握移動 ☐ 腳掌踩踏移動 ☐ 腿或膝按壓開關 3. 頭頸部位： ☐ 下巴往各方向移動 ☐ 以頭輕敲特殊開關 ☐ 以嘴吹吸氣 4. ☐ 其他部位與控制方式：_____	

操作技巧	使用者		
	可	否	可訓練
能在合理時間內開啟/關閉電源開關			
依指令執行前進、後退、轉向及停止			
於較窄的通道中穩定向前直開 5 公尺			
在直徑 150 公分的範圍內完成直接迴轉			
以分段方式，完成狹小空間中的迴轉			
能在坡面上前進、後退、轉向及停止			
能以任何方式在開門時限內進出電梯			
在吵雜的環境能專注操作不分心			
能注意別人及自身的安全			
能自行開門並安全通過			
校園環境評估			
評估項目	評估內容簡述		
教室環境評估	教室	☐ 一樓 ☐ 二樓以上： ☐ 設有無障礙電梯 ☐ 無無障礙電梯 ☐ 其他_____	
	科任教室	科任課（最常使用的教室）：_____（一週_____堂） ☐ 一樓 ☐ 二樓以上： ☐ 設有無障礙電梯 ☐ 無無障礙電梯 從教室移動至科任教室： ☐ 移動方便 ☐ 待改善 ☐ 不方便	
校園無障礙環境評估	廁所環境	1. 所在位置： ☐ 與教室同樓層 ☐ 與教室不同樓層 2. 與教室距離（下課 10 分鐘內是否能來回）： ☐ 是 ☐ 否 3. 無障礙廁所： ☐ 有 ☐ 無 4. ☐ 其他_____	
	校園環境	1. 電動輪椅是否移動方便？ ☐ 是 ☐ 否 2. 教室間移動之無障礙環境狀況？ ☐ 移動方便 ☐ 待改善 ☐ 不方便 3. 學習場所之移動（至操場、活動集會場所、圖書室…）？ ☐ 移動方便 ☐ 待改善 ☐ 不方便 4. ☐ 其他_____	

四、輔具規格之配置建議

類 型	☐ 一般型電動輪椅 ☐ 動力底座型電動輪椅 ☐ 外掛動力型手電動兩用輪椅 ☐ 電動代步車
	驅動輪位置： ☐ 前輪 ☐ 中輪 ☐ 後輪
輸入裝置	☐ 比例式輸入系統（ ☐ 傳統搖桿 ☐ 改裝搖桿：_____型） ☐ 數位式控制系統（ ☐ 吹吸方式控制 ☐ 按鍵式控制 ☐ 其他_____） ☐ 改良式輸入系統：類型_____
座椅系統	☐ 帆布型座椅(sling seat) ☐ 沙發型座椅(captain seat) ☐ 擺位型座椅(rehabilitation seat)
	☐ 加裝電動姿勢變換功能： ☐ 空中傾倒(tilt-in-space) ☐ 後躺(recline) ☐ 其他_____
坐姿擺位系統配件	☐ 軀幹側支撐： ☐ 左 ☐ 右 ☐ 胸帶： ☐ H帶 ☐ 一字帶(寬度_____吋， ☐ 彈扣式 ☐ 二節式 PVC) ☐ 骨盆帶： ☐ 彈扣式織帶 ☐ 兩截式 PVC 黏扣帶 ☐ 其他_____ ☐ 臀側支撐墊 ☐ 外展鞍板 ☐ 內收鞍板 或 ☐ 膝部內縮帶(寬度_____吋， ☐ 彈扣式 或 ☐ 二節式 PVC) ☐ 小腿靠桿： ☐ 垂直 ☐ 前置 ☐ 後置 角度： ☐ 固定 ☐ 可上抬 ☐ 可內外旋或拆卸 小腿支撐方式： ☐ 小腿靠墊 ☐ 小腿靠帶 ☐ 踏板形式： ☐ 單片式 ☐ 兩片式 ☐ 旋轉式 ☐ 其它_____ ☐ 腳跟擋帶 ☐ 腳掌帶 ☐ 防後傾桿 ☐ 桌板，形式：_____（圖示） ☐ 其他：_____
座墊型式	☐ 一般泡棉 ☐ 硬式底板加泡棉 ☐ 氣囊式坐墊 ☐ 流體力學坐墊 ☐ 適形坐墊 ☐ 複合式座墊 ☐ 其他_____
背墊型式	☐ 硬式底板加泡棉 ☐ 曲面硬式背墊 ☐ 適形背墊 ☐ 其他_____
備 註	其他需求或建議事項：

評估人員 姓 名		職 稱	☐ 物理治療師 ☐ 職能治療師
		評估日期	年 月 日
聯絡電話		E-Mail	

表 13 通用評估表(本表可由治療師或教師填寫)(34-35 頁)

一、學生基本資料

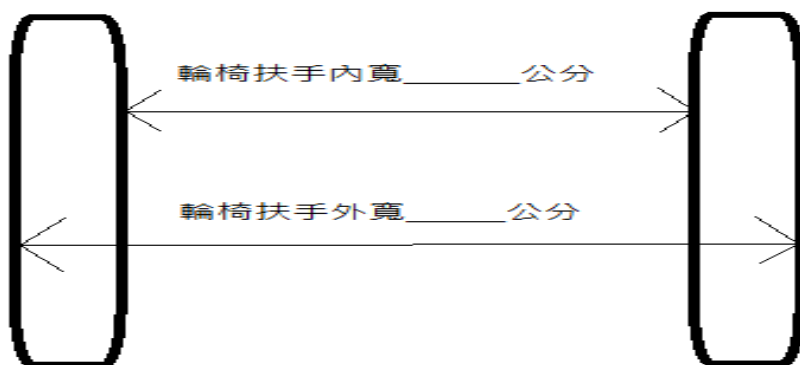
學校名稱		學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女
教育階段	☐ 學前：小/中/大 班 ☐ 國小____年級 ☐ 國中____年級 ☐ 高中____年級	安置班型	☐ 普通班 (☐ 資源班 ☐ 不分類巡迴) ☐ 在家教育 ☐ 床邊教學 ☐ 特教班		
障礙類別		障礙等級	☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度		

二、現有輔具新增配件(請由治療師填寫或諮詢治療師)

☐1. 桌板(輪椅用)：(請填圖示扶手內外寬)

☐電動輪椅(廠牌：_____)

☐特製輪椅(廠牌：_____)



☐2. 一般課桌用：

☐斜面板架(固定式)

☐閱讀書架(便攜式)

☐3. H 型胸帶

☐4. 助行器骨盆支撐墊(廠牌：_____, 限部分廠牌及型號)

☐5. 助行器前臂支撐墊(廠牌：_____, 限部分廠牌及型號)

☐6. 四點式骨盆帶(座椅類型：_____, 座寬：_____公分)

☐7. 手臂支撐架

☐8. 吸盤握把

☐9. 其他：_____

三、新申請輔具(若無法確認款式或尺寸，請諮詢治療師)

☐1. 負重袋(☐甜甜圈 ☐魔鬼氈式)

左手圍____公分/重量____公斤；右手圍____公分/重量____公斤

左腳圍____公分/重量____公斤；右腳圍____公分/重量____公斤

☐2. 楔型墊高度：____公分（需請治療師建議）

配件：☐綁帶 ☐中央外展墊 ☐雙凹式

☐3. 拉筋板

☐4. 梯背架

☐5. 安全帽
 頭圍：____公分
 測量：須從額頭處繞一圈

☐6. 重量背心
 肩寬：____公分
 胸圍：____公分
 上身長：____公分
☐7. 沙袋重量
 治療師建議重量：____公斤
 一般為體重 1/10：____公斤

☐9. 手支架
 左手：____公分
 右手：____公分
 測量：手伸直，需於腋窩之下，手腕之上。

☐8. T型椅
 臀圍：____公分
 左小腿長：____公分
 右小腿長：____公分

☐10. 腳支架
☐右腳：____公分；
 右腿圍：____公分
☐左腳：____公分；
 左腿圍：____公分
 測量：
 ①長度：腳伸直，需於鼠蹊之下，腳踝之上。
 ②腿圍：膝上 1/3 處

四、其他建議輔具(申請需求描述、使用輔具目的)

評估人員 姓 名		職 稱	☐ 物理治療師 ☐ 職能治療師 ☐ 學校教師
		評估日期	年 月 日
聯絡電話		E-Mail	

表 14 高雄市特殊教育資源中心調頻（FM）教育輔助器材需求評估表(36-40 頁)

基本資料	學生姓名				就讀學校			
	出生日期	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女	教育階段 與班級	☐ 高中職 ☐ 國中 ☐ 國小 ☐ 學前 科 年 班
	家長姓名 及聯絡電話	姓名： 電話：(白天)_____ (行動)_____						
	申請老師 及聯絡電話	姓名： 電話：(0)_____分機_____ (行動)_____						
學生聽力概況資料	輔導老師 及聯絡電話	姓名： 電話：(0)_____分機_____ (行動)_____						
	聽力損失開始時間：自_____年_____月，_____歲_____月起							
	聽力損失原因： 障礙類型： ☐ 傳音性障礙 ☐ 感音性障礙 ☐ 混合性障礙 ☐ 其他_____（請參考醫師診斷證明填寫）							
	聽力程度：左耳_____dB 右耳_____dB （請檢附最近三個月內之聽力圖及鼓室圖）							
	學生自我認定之優耳： ☐ 左耳 ☐ 右耳 ☐ 兩耳差不多							
	主要溝通方式： ☐ 手語 ☐ 口語 ☐ 讀唇 ☐ 筆談 ☐ 肢體語言 ☐ 綜合溝通法 ☐ 其他_____							
調頻輔具使用狀況	目前個人助聽器／人工電子耳選配情形：（請檢附聽力師或選配師評估表） ☐ 無配戴任何助聽輔具 ☐ 已配戴助聽輔具（ ☐ 助聽器 ☐ 人工電子耳）							
	曾經使用過調頻教學輔助器材				目前使用之調頻教學輔助器材			
	廠牌：_____ 型號：_____ 使用成效概述：_____				廠牌：_____ 型號：_____ 使用成效或困難：_____			
輔導教師需求評估意見：（填寫者：_____）								

助聽教育輔助器材評估

左 耳	助聽教育輔助器材款式	類型： ☐ 助聽器 ☐ 人工電子耳 ☐ 無 款式： ☐ 耳內式 ☐ 耳掛式 ☐ 口袋式 廠牌：_____ 型號：_____	
	選配時間	自_____年_____月起，共_____年_____月	
	每天配戴的時間	☐ 8 小時以上 ☐ 4~8 小時 ☐ 1~4 小時 ☐ 幾乎不用	
	助聽教育輔助器材之幫助	☐ 很大 ☐ 尚可 ☐ 很差 ☐ 幾乎沒有幫助	
	其他裝置(請勾選)	☐ 單獨 T ☐ MT 合併 ☐ DAI	
右 耳	助聽教育輔助器材款式	類型： ☐ 助聽器 ☐ 人工電子耳 ☐ 無 款式： ☐ 耳內式 ☐ 耳掛式 ☐ 口袋式 廠牌：_____ 型號：_____	
	選配時間	自_____年_____月起，共_____年_____月	
	每天配戴的時間	☐ 8 小時以上 ☐ 4~8 小時 ☐ 1~4 小時 ☐ 幾乎不用	
	助聽教育輔助器材之幫助	☐ 很大 ☐ 尚可 ☐ 很差 ☐ 幾乎沒有幫助	
	其他裝置(請勾選)	☐ 單獨 T ☐ MT 合併 ☐ DAI	
助聽教育輔助器材評估結果： ☐ 適當 ☐ 不適當 (☐ 需調整 ☐ 需重配 ☐ 已調整)			
調 頻 教 育 輔 助 器 材 選 配 評 估 建 議	評估機關、評估者	評估建議	
	單位名稱： 評估者： 電 話：	發射器： 接收器： 轉接介面： 建議：	
	單位名稱： 評估者： 電 話：	發射器： 接收器： 轉接介面： 建議：	
	單位名稱： 評估者： 電 話：	發射器： 接收器： 轉接介面： 建議：	

(附件一)

聽力檢查結果

聽力圖（包括未助聽與助聽之純音氣導聽閾及未助聽骨導聽閾；aided 測驗之刺激音請採用 warble tone；請註記聽力圖上所使用之代碼意義）

(附件二)

鼓室圖

(包括左、右耳)

(附件三)

實耳測量/聲電特性

(請註記所使用之儀器設備名稱或評量方法)