

新北市政府教育局身心障礙學生教育輔助器材— 輪椅暨擺位系統評估報告 (C1)

一、學生基本資料

學生姓名：_____ 學校名稱：_____ 年級：_____

目前教育安置方式：☐普通班(☐資源班 ☐巡迴輔導 ☐在家教育) ☐特教班 ☐其他：_____

二、使用評估

(一) 行走能力

1. 坐姿站起能力：☐獨立完成 ☐部分協助 ☐大量協助 ☐無法完成
2. ☐獨立完成步行距離：☐>50m ☐<50m ☐無法執行(50公尺約2間教室距離)
☐使用步行輔具：_____
 步行速度：☐良好 ☐尚可 ☐不足


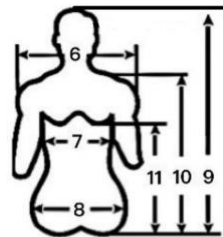
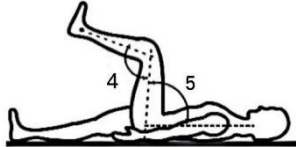
(二) 轉位能力

1. 需要轉位的地方：☐輪椅 ☐課椅 ☐馬桶 ☐床鋪 ☐地墊
2. 移位方式：☐站起移位 ☐坐姿平移 ☐仰躺平移 ☐懸吊式移位 ☐直接人力搬移
3. 他人協助程度：☐獨立 ☐部分協助 ☐大量協助 ☐完全依賴
☐使用輔具：_____

(三) 目前使用之輪椅輔具

- ☐目前無使用(以下免填)
- ☐已使用：_____年_____月 ☐使用年限不明
- 現有輪椅輔具種類：☐輕量化量產型輪椅(一般型輪椅) ☐客製型輪椅
☐高活動型輪椅 ☐推車 ☐其他：_____
- 附加功能(可複選)：☐利於移位 ☐空中傾倒 ☐仰躺
- 輔具來源：☐自購 ☐社政 ☐教育 ☐其他：_____
- 目前使用情形：☐已損壞不堪修復，需更新
☐規格或功能不符學生需求，已無法調整或修改，需更換
☐適合繼續使用，但需另行申請於教育場所使用
☐其他：_____

(四) 身體功能與構造

輔具使用之相關診斷(可複選):					
<input type="checkbox"/> 腦性麻痺(GMFCs-Level____) <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症: _____ <input type="checkbox"/> 染色體異常: _____ <input type="checkbox"/> 罕見疾病: _____ <input type="checkbox"/> 腦傷 <input type="checkbox"/> 腫瘤(部位:_____) <input type="checkbox"/> 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) <input type="checkbox"/> 脊柱裂 <input type="checkbox"/> 頑性癲癇 <input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 其他: _____					
管路/造口: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 氣切管 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 胃/腸/膀胱造口 <input type="checkbox"/> 其他: _____					
身體尺寸量測: 身高約_____公分, 體重約_____公斤, 胸廓厚度: _____公分					
※備註(如: 特殊體型、躺姿量測……): _____					
※雙側不同時請標示: 左/右 (L/R)					
※若此次僅申請擺位系統-進階型頭靠, 無須填寫身體尺寸					
1. 上臂垂直高 _____cm		4. 膝關節夾角角度 (髖關節彎曲 90 度下, 正常範圍約 40~140 度) _____~_____度	6. 肩峰距離 _____cm		9. 頭頂高 _____cm
2. 臀至膝窩長 _____cm			7. 胸廓寬度 _____cm		10. 肩峰高 _____cm
3. 膝窩高 _____cm <input type="checkbox"/> 含鞋子		5. 髖關節夾角角度 (正常範圍約 60~180 度) _____~_____度	8. 坐面最寬處 _____cm		11. <input type="checkbox"/> 腋窩高 _____cm <input type="checkbox"/> 肩胛下角高 _____cm
身體 各 部 位 姿 態	肌肉張力	頭、頸: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張 軀 幹: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張 左上肢: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張 右上肢: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張 左下肢: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張 右下肢: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低張 <input type="checkbox"/> 高張			
	坐姿平衡	坐於課椅時: <input type="checkbox"/> 可維持平衡, 身體重心轉移後可回正, 且可維持在正中位置>30 分鐘 <input type="checkbox"/> 可維持平衡, 但身體重心轉移後無法回正, 或可回正但維持正中位置<30 分鐘 <input type="checkbox"/> 需自行以手支撐才能維持平衡 <input type="checkbox"/> 需使用外部支撐才能維持平衡 未扶持時, 身體明顯倒向(可複選): <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方			
	骨盆	※勾選後請圈選方向 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 向前/後傾斜; 變形情況: <input type="checkbox"/> 可調整 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 向左/右傾斜; 變形情況: <input type="checkbox"/> 可調整 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 向左/右旋轉; 變形情況: <input type="checkbox"/> 可調整 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 坐姿時骨盆經常: <input type="checkbox"/> 向前滑動 <input type="checkbox"/> 向後滑動 <input type="checkbox"/> 向左滑動 <input type="checkbox"/> 向右滑動			
	脊柱	<input type="checkbox"/> 正常或無明顯變形 <input type="checkbox"/> 受重力作用時彎曲變形, 但平躺時可回復			

	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎(scoliosis)：可檢附 X 光照片，側彎角度：_____ <input type="checkbox"/> C 型 <input type="checkbox"/> S 型，主要彎曲凸向_____側，頂點在_____位置 <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 脊柱旋轉(vertebral rotation)： <input type="checkbox"/> 向左旋轉 <input type="checkbox"/> 向右旋轉 <input type="checkbox"/> 過度後凸(hyperkyphosis)： <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 過度前凸(hyperlordosis)： <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 其他：_____
頭部控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 <input type="checkbox"/> 完全無法控制
肩部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 後縮 <input type="checkbox"/> 前突
髖部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內收變形 <input type="checkbox"/> 外展變形 <input type="checkbox"/> 風吹式變形(固定變形) <input type="checkbox"/> 其他：_____
膝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 屈曲變形 <input type="checkbox"/> 伸直變形 <input type="checkbox"/> 其他：_____
踝部	※勾選後請圈選方向 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內/外翻變形 <input type="checkbox"/> 蹠/背屈變形 <input type="checkbox"/> 其他：_____
其他攣縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，部位：_____，對坐姿擺位之影響：_____
認知/判斷能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 錯亂或遲鈍
視知覺能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差
情緒控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差
皮膚感覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ <input type="checkbox"/> 喪失：_____ <input type="checkbox"/> 無法施測，原因：_____
壓傷(褥瘡)	<input type="checkbox"/> 未曾發生 <input type="checkbox"/> 過去有，部位：_____ <input type="checkbox"/> 目前有，部位：_____ 尺寸：_____公分 × _____公分 分級： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 無法分級(請檢附照片及說明) 部位：_____ 尺寸：_____公分 × _____公分 分級： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 無法分級(請檢附照片及說明)

(五) 個案自行操作輪椅之技巧

1. 啟動/解除駐輪裝置(wheel-lock)	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需改裝	<input type="checkbox"/> 需要他人協助
2. 在平地執行前進、後退、轉向及停止	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練	<input type="checkbox"/> 需要他人協助
3. 無障礙坡道上自推上坡、轉向及停止	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練	<input type="checkbox"/> 需要他人協助
4. 在開門時限內進出電梯門或捷運門	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或使用輔具	<input type="checkbox"/> 需要他人協助
5. 於較窄的通道中穩定向前推行 5 公尺	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練	<input type="checkbox"/> 需要他人協助
6. 上下 5 公分的台階或門檻	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練	<input type="checkbox"/> 需要他人協助
7. 前輪翹起技巧(Wheelie)	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練	<input type="checkbox"/> 需要他人協助
8. 執行座面減壓方式	<input type="checkbox"/> 獨立將身體撐起	<input type="checkbox"/> 獨立以重心偏移	<input type="checkbox"/> 需要他人協助

三、規格配置建議

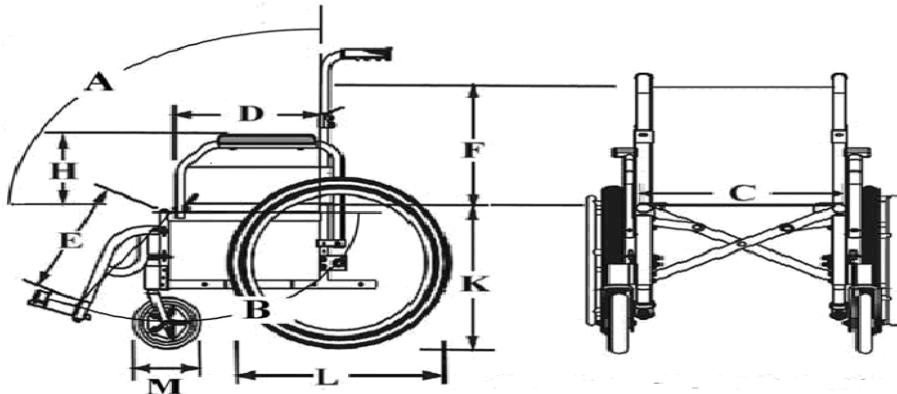
※申請項目：

<input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 擺位系統：(勾選此處係指須試用之品項) (註1) <input type="checkbox"/> 曲面適形背靠 原輪椅背管外寬：_____公分 (註2) <input type="checkbox"/> 進階型頭靠	※註1： 僅申請擺位系統者，下方輔具規格配置處只須填寫「相對應品項之灰底欄位」。 ※註2： 僅申請曲面適形背靠者，須填寫背管外寬。(其係指兩背管外側緣之距離)
---	--

(一) 輔具規格配置

類 型	<input type="checkbox"/> 輪椅： <input type="checkbox"/> 輕量化量產型 (一般型) <input type="checkbox"/> 客製型 <input type="checkbox"/> 高活動型		附加功能： <input type="checkbox"/> 不需輪椅附加功能 <input type="checkbox"/> 輪椅利於移位：扶手、腳靠可拆/掀 <input type="checkbox"/> 輪椅具空中傾倒功能 <input type="checkbox"/> 輪椅具仰躺功能(※擺位系統位置易受影響) ※請敘明申請理由：
	主要使用地點： <input type="checkbox"/> 室內 <input type="checkbox"/> 戶外 <input type="checkbox"/> 均需要		主要操作者： <input type="checkbox"/> 個案本身 <input type="checkbox"/> 照顧者 <input type="checkbox"/> 兩者皆要
	骨架形式： <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 折合式		
	前輪形式： <input type="checkbox"/> 免充氣胎 <input type="checkbox"/> 充氣胎		
	後輪形式： <input type="checkbox"/> 實心胎 <input type="checkbox"/> 免充氣胎 <input type="checkbox"/> 充氣胎 軸心： <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 快拆 <input type="checkbox"/> 外展角度：_____度 位置： <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 後置 <input type="checkbox"/> 前置 <input type="checkbox"/> 可前後/高度調		
	手推圈形式： <input type="checkbox"/> 無需求 <input type="checkbox"/> 金屬推圈 <input type="checkbox"/> 塑膠推圈 <input type="checkbox"/> 披覆止滑材質推圈 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	駐輪裝置： <input type="checkbox"/> 前推式駐輪 <input type="checkbox"/> 後拉式駐輪 <input type="checkbox"/> 剪式駐輪 <input type="checkbox"/> 照顧者駐輪介面(踏式/握把式) 其他裝置： <input type="checkbox"/> 加長駐輪柄 <input type="checkbox"/> 推把附減速裝置(介護煞車)		
座 椅 系 統	椅面	<input type="checkbox"/> 軟式底面： <input type="checkbox"/> 布質 <input type="checkbox"/> 魔鬼氈可調 <input type="checkbox"/> 平面泡棉	
		<input type="checkbox"/> 硬式底板： <input type="checkbox"/> 平面泡棉 <input type="checkbox"/> 輪椅座墊，未乘坐時座墊總厚度_____公分(※須檢附 C3 報告書)	
	椅背	<input type="checkbox"/> 軟式底面： <input type="checkbox"/> 布質 <input type="checkbox"/> 魔鬼氈可調 <input type="checkbox"/> 平面泡棉 <input type="checkbox"/> 平面型輪椅背靠(硬式底板+平面泡棉)	
		※須試用之擺位系統(請比較與平面背靠之差異，並說明建議原因) <input type="checkbox"/> 曲面適形輪椅背靠 底板形式： <input type="checkbox"/> 胸部適形 <input type="checkbox"/> 臀部適形 <input type="checkbox"/> 其他適形 墊體材質： <input type="checkbox"/> 適形泡棉墊 <input type="checkbox"/> 連通管型氣囊 <input type="checkbox"/> 填充式氣囊 <input type="checkbox"/> 液態凝膠墊 <input type="checkbox"/> 固態或顆粒凝膠墊 <input type="checkbox"/> 其他： 吊掛方式： <input type="checkbox"/> 螺絲鎖固(無快拆) <input type="checkbox"/> 嵌入式吊掛系統 *高張力個案建議使用螺絲鎖固方式	
頭靠系統		<input type="checkbox"/> 基礎型頭靠： <input type="checkbox"/> 一字弧型 <input type="checkbox"/> 四爪型 <input type="checkbox"/> 三片曲面可調型	

	<p>※須試用之擺位系統(請比較與基礎型頭靠之差異，並說明建議原因)</p> <p><input type="checkbox"/>進階型頭靠：<input type="checkbox"/>兩側加長延伸弧型 <input type="checkbox"/>肩鎖支撐型 <input type="checkbox"/>其他：</p> <p>1. 提供支撐位置：<input type="checkbox"/>枕部 <input type="checkbox"/>枕下雙側 <input type="checkbox"/>肩鎖支撐</p> <p>2. 相關配件：<input type="checkbox"/>頭部綁帶(額頭寬____公分) <input type="checkbox"/>前額支撐(____側) <input type="checkbox"/>下巴支撐 <input type="checkbox"/>其他：</p>
軀幹側支撐架	<p><input type="checkbox"/>無需求 <input type="checkbox"/>有需求</p> <p>1. 左側：離座墊高____公分～____公分；離背墊深度：____公分 右側：離座墊高____公分～____公分；離背墊深度：____公分 (深度至少為胸廓厚度之一半)</p> <p>2. 調整功能： <input type="checkbox"/>可調整左右 <input type="checkbox"/>可調整上下 <input type="checkbox"/>可調整角度，方向：____ <input type="checkbox"/>可外掀 <input type="checkbox"/>可免工具拆除 <input type="checkbox"/>其他：____</p>
扶手	<p><input type="checkbox"/>全長式 <input type="checkbox"/>近桌式 <input type="checkbox"/>固定式 <input type="checkbox"/>後掀式 <input type="checkbox"/>全拆式</p> <p><input type="checkbox"/>其他：____</p>
靠腳	<p>型式：<input type="checkbox"/>固定式 <input type="checkbox"/>旋開式+拆卸式</p> <p>角度：<input type="checkbox"/>前置式(膝關節角度大於90度) <input type="checkbox"/>垂直式 <input type="checkbox"/>抬高式(高張力者不建議) <input type="checkbox"/>其他：____</p>
踏板	<p>型式：<input type="checkbox"/>單片式(請敘明原因：____) <input type="checkbox"/>兩片式 <input type="checkbox"/>旋轉式</p> <p>材質：<input type="checkbox"/>塑膠材質 <input type="checkbox"/>金屬材質(高張力者適用)</p> <p>角度：<input type="checkbox"/>不須調整 <input type="checkbox"/>角度可調式踏板，調整方向：____ <input type="checkbox"/>其他：____</p>
綁帶	<p><input type="checkbox"/>胸帶：<input type="checkbox"/>H型 <input type="checkbox"/>X型 <input type="checkbox"/>直條型 <input type="checkbox"/>胸帶導引環(以上皆須搭配硬式背底板) 上帶寬度：<input type="checkbox"/>小尺寸 <input type="checkbox"/>大尺寸(肩寬小於30cm，建議選擇小尺寸) <input type="checkbox"/>一字型胸帶 <input type="checkbox"/>其他：____</p> <p><input type="checkbox"/>骨盆帶： <input type="checkbox"/>織帶型 開啟方式：<input type="checkbox"/>兩側按壓式 <input type="checkbox"/>中心按壓式 固定點：<input type="checkbox"/>兩點式 <input type="checkbox"/>四點式 調整方向：<input type="checkbox"/>雙拉式 <input type="checkbox"/>單拉式(向左/右) <input type="checkbox"/>兩節式粘扣帶(寬度：<input type="checkbox"/>2吋 <input type="checkbox"/>4吋)</p> <p><input type="checkbox"/>大腿環帶：<input type="checkbox"/>左側 <input type="checkbox"/>右側 <input type="checkbox"/>其他：</p> <p><input type="checkbox"/>小腿靠帶 <input type="checkbox"/>小腿靠墊 <input type="checkbox"/>小腿環帶</p> <p><input type="checkbox"/>腳跟擋帶 <input type="checkbox"/>腳掌帶</p> <p><input type="checkbox"/>前臂綁帶：<input type="checkbox"/>左側 <input type="checkbox"/>右側，請敘明申請理由：____</p>
其他配	<p><input type="checkbox"/>臀側支撐架：<input type="checkbox"/>可調整寬度 <input type="checkbox"/>可調整角度 <input type="checkbox"/>可外掀</p> <p><input type="checkbox"/>內收鞍板</p> <p><input type="checkbox"/>分腿器：兩膝間距____公分(須搭配硬式座板)</p>

件	<input type="checkbox"/> 膝前擋板（髖關節脫位者不建議使用） <input type="checkbox"/> 防傾桿（具空中傾倒/仰躺功能者必選）			
	<input type="checkbox"/> 桌板： <input type="checkbox"/> 圍邊加高 <input type="checkbox"/> 搭配升降桌（※須檢附 C4 報告書） <input type="checkbox"/> 其他：_____			
建議輪椅尺寸				
	坐椅尺寸與角度相關參數：			
	座背靠夾角 (A)	_____度 <input type="checkbox"/> 可仰躺	椅背高度 (F)	_____公分
	腿靠角度 (B)	_____度 <input type="checkbox"/> 可抬高	扶手高度 (H)	左_____公分 右_____公分
	座寬 (C)	_____公分	座面高度 (K)	_____公分
	座深 (D)	左_____公分 右_____公分	後輪 (L)	<input type="checkbox"/> 自推大輪 <input type="checkbox"/> 介護小輪
	腿靠長度 (E)	左_____公分 右_____公分	前輪 (M)	<input type="checkbox"/> 一般配置 <input type="checkbox"/> 其他：

(二) 建議廠牌型號：_____

（提供學校取得估價單之參考，主要仍以功能規格為主）

(三) 其他建議事項：_____

四、照片及影片資料

※請學校人員與治療師共同協助照片及影片拍攝

說明	<p>1. 須檢附輔具坐姿之照片及影片</p> <p>(1)目前無輔具者，請拍攝坐於課椅之影像</p> <p>(2)拍攝方式：</p> <p>(拍攝前請先移除身上覆蓋物、桌板等，並將學生與輔具整體皆拍入)</p> <p>①照片：坐姿正面及兩側側面(共3張)</p> <p>②影片：坐姿正面操作或參與活動影片(至少30秒)</p> <p>2. 欲申請擺位系統，請檢附輔具試用調整前、後之照片及影片</p> <p>(1)拍攝方式同第1點說明</p> <p>(2)欲申請曲面背靠者，請同時檢附躺姿照片</p> <p>(為觀察相關部位變形情形，拍攝時請褪除上衣為佳，倘因其他因素考量無法褪除衣物，則請將所穿著之衣物儘量貼合身體方式拍攝)</p> <p>①仰躺時之俯視及兩側側面(共3張)</p> <p>②側躺時之背面</p>
拍攝日期	
項目	<div>目前輔具</div> <div>試用輔具</div>
照片及影片 (QR Code 或網址)	<div>請附照片影片原始檔案 (勿直接將照片貼於報告書上)</div> <div>請附照片影片原始檔案 (勿直接將照片貼於報告書上)</div>

專業人員類別：☐物理治療師 ☐職能治療師

專業人員姓名：_____

專業人員電話：_____

(供審查有疑義時聯絡確認需求用)

評估日期：_____年_____月_____日