

新北市政府教育局身心障礙學生教育輔助器材— 特製課桌椅評估報告 (C4)

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) 目前使用之擺位椅或升降桌

- ☐目前無使用 (以下免填)
- ☐已使用：_____年_____月 ☐使用年限不明
- 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

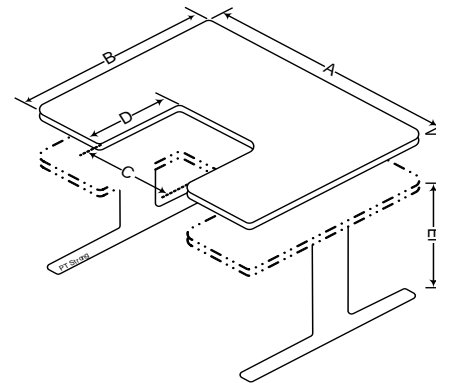
| | | | | | |
|--|------|--|---------------------|--|---|
| 輔具使用之相關診斷(可複選): | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 腦性麻痺(GMFCS-Level____) <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症: _____ <input type="checkbox"/> 染色體異常: _____ <input type="checkbox"/> 罕見疾病: _____ <input type="checkbox"/> 腦傷 <input type="checkbox"/> 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) | | | | | |
| 1. 上臂垂直高 _____cm | | 4. 髖關節夾角角度 (正常範圍約 60~180 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. 膝關節夾角角度 (髖關節彎曲 90 度下, 正常範圍約 40~140 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 <input type="checkbox"/> 外展 <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：_____ |
| 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) |

三、規格配置建議

(一) 輔具規格搭配(依申請項目填寫)

| | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 擺位椅 | <p>預計搭配使用之桌面：<input type="checkbox"/>學校課桌 <input type="checkbox"/>桌板 <input type="checkbox"/>升降桌</p> <p>1. 尺寸配置：</p> <p>座寬_____公分，座深_____公分，座高_____公分</p> <p>椅面至扶手高_____公分，椅面至踏板高_____公分</p> <p>椅面至椅背高_____公分，椅面至頭靠高_____公分</p> <p>2. 調整功能：</p> <p><input type="checkbox"/>座深可調 <input type="checkbox"/>座寬可調 <input type="checkbox"/>座高可調 <input type="checkbox"/>踏板高度可調 <input type="checkbox"/>扶手高度可調</p> <p><input type="checkbox"/>頭靠位置可調 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>3. 配件：</p> <p>(1)<input type="checkbox"/>胸帶：<input type="checkbox"/>一字型胸帶 <input type="checkbox"/>H帶 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>(2)<input type="checkbox"/>骨盆帶：<input type="checkbox"/>魔鬼黏 <input type="checkbox"/>彈扣式 其他：_____</p> <p>(3)<input type="checkbox"/>軀幹側支撐墊，位置：</p> <p>左：離座墊高_____公分~_____公分 深度：_____公分</p> <p>右：離座墊高_____公分~_____公分 深度：_____公分</p> <p>(4)<input type="checkbox"/>大腿環帶：<input type="checkbox"/>左側 <input type="checkbox"/>右側 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>(5)<input type="checkbox"/>加足部綁帶(需有底板)</p> <p>(6)<input type="checkbox"/>分腿器</p> <p>(7)<input type="checkbox"/>膝前檔板(髖關節脫位者不建議使用)</p> <p>(8)<input type="checkbox"/>桌板</p> <p>(9)<input type="checkbox"/>其他配件：_____</p> <p>4. 底座形式：</p> <p><input type="checkbox"/>落地式(<input type="checkbox"/>需附輪板方便搬移)</p> <p><input type="checkbox"/>落地式加踏板(需加足部綁帶者勾選，<input type="checkbox"/>需附輪板方便搬移)</p> <p><input type="checkbox"/>座椅相連底板直接附輪</p> |
| <input type="checkbox"/> 升降桌 | <p>預計搭配使用之座椅：<input type="checkbox"/>學校課椅 <input type="checkbox"/>擺位椅 <input type="checkbox"/>手動輪椅 <input type="checkbox"/>電動輪椅</p> <p>1. 尺寸配置：</p> <p>(1)桌面寬度(A)：_____公分</p> <p>(2)桌面深度(B)：_____公分</p> <p>(參考寬度約 80~100 公分、深度約 60~70 公分； 一般教室課桌為寬度60公分，深度45公分)</p> <p>(3)桌面高度(Eh~El)：_____公分~_____公分</p> <p>(應具有20公分以上之高度調整功能)</p> <p>2. 桌面裁切需求：</p> <p><input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>有(須敘明原因：_____)</p> <p>(1)裁切寬度(C)：_____公分</p> <p>(2)裁切深度(D)：_____公分</p> <p>3. 調整功能：</p> <p>(1)<input type="checkbox"/>桌面高度手動升降</p> |



| | |
|--|--|
| | (2) <input type="checkbox"/> 桌面高度電動升降，說明升降需求頻率：_____ (3) <input type="checkbox"/> 桌面傾斜角度可調 4. 相關配件： <input type="checkbox"/> 直接附輪 <input type="checkbox"/> 邊緣擋板 <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 | 須檢附輔具坐姿之照片及影片 1. 目前無輔具者，請拍攝坐於課椅之影像 2. 拍攝方式： (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) (1) 照片：坐姿正面及兩側側面(共 3 張) (2) 影片：坐姿正面操作或參與活動影片(至少 30 秒) | |
| 拍攝日期 | | |
| 項目 | 目前輔具 | 試用輔具 |
| 照片及影片 (QR Code 或網址) | 請附照片影片原始檔案 (勿直接將照片貼於報告書上) | 請附照片影片原始檔案 (勿直接將照片貼於報告書上) |

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