

新北市政府教育局身心障礙學生教育輔助器材— 輪椅座墊評估報告 (C3)

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) 目前使用之輪椅座墊

- ☐目前無使用 (以下免填)
- ☐已使用：_____年_____月 ☐使用年限不明
- 現有輔具種類：☐適形泡棉座墊 ☐連通管型氣囊座墊 ☐填充式氣囊座墊
☐液態凝膠座墊 ☐固態凝膠座墊
☐其他：_____
- 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：_____

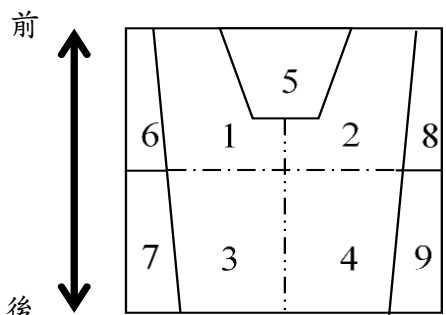
(四) 身體功能與構造

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	
身體各部位姿態	坐姿平衡 坐於一般課椅時: <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: _____
	腕部 (可複選) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內收: <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"/> 外展: <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"/> 風吹式變形: <input type="checkbox"/> 部分可調整 <input type="checkbox"/> 完全固定變形 <input type="checkbox"/> 其他: _____
臀部減壓能力	<input type="checkbox"/> 獨立將身起撐起進行臀部減壓 <input type="checkbox"/> 藉由座椅姿勢或角度變換進行減壓 <input type="checkbox"/> 藉由身體重心偏移進行減壓 <input type="checkbox"/> 無自主減壓能力, 或減壓效率不彰
座墊操作能力	1. 移位時放置或改變座墊位置之能力: <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 2. 檢視座墊使用狀態之能力: <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 3. 調整座墊壓力或擺位參數之能力: <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 4. 清潔、保養座墊之能力: <input type="checkbox"/> 可獨立完成 <input type="checkbox"/> 需照顧者協助 5. 照顧者是否能協助個案使用此輔具: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
易導致褥瘡發生	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 營養不良 <input type="checkbox"/> 周邊血管病變異常 <input type="checkbox"/> 臀部皮膚感覺異常或喪失 <input type="checkbox"/> 失禁

之危險因子	<input type="checkbox"/> 皮膚經常潮濕 <input type="checkbox"/> 皮膚清潔狀況不佳 <input type="checkbox"/> 有皮膚感染或疾病 <input type="checkbox"/> 經常性摩擦 <input type="checkbox"/> 臀部皮下軟組織厚度不足 <input type="checkbox"/> 異常骨突結構 <input type="checkbox"/> 無法自行執行減壓活動 <input type="checkbox"/> 其他：
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)
搭配座墊使用之輔具	座面尺寸(座寬×座深)：_____公分 × _____公分 支撐面： <input type="checkbox"/> 硬板 <input type="checkbox"/> 布面 <input type="checkbox"/> 1. 手動輪椅： <input type="checkbox"/> 介護型 <input type="checkbox"/> 自推型 座椅姿勢或角度變換之減壓功能： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2. 電動輪椅：座椅姿勢或角度變換之減壓功能： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手動操作 <input type="checkbox"/> 電動操作 <input type="checkbox"/> 3. 擺位椅(非移行輔具) <input type="checkbox"/> 4. 其他：_____
常態性單次乘坐時間	<input type="checkbox"/> 30 分鐘以下 <input type="checkbox"/> 30 分鐘到 2 小時 <input type="checkbox"/> 2 小時以上 說明：_____

三、規格配置建議

(一) 輔具規格配置

座墊型式	<input type="checkbox"/> 適形泡棉座墊 <input type="checkbox"/> 連通管型氣囊座墊 <input type="checkbox"/> 填充式氣囊座墊 <input type="checkbox"/> 液態凝膠座墊 <input type="checkbox"/> 固態凝膠座墊 <input type="checkbox"/> 其他：_____
座墊尺寸	座寬：_____公分，座深：_____公分，未乘坐時座墊高度：_____公分
擺位調整	<input type="checkbox"/> 無需進行特殊調整功能 <input type="checkbox"/> 四區調整：前/後半部的，左/右側，增加/減少支撐 <input type="checkbox"/> 其他調整：可用增(+)、減(-)、無調整(免填)方式說明 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> 前  後 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; flex-grow: 1;"> ※視需求及座墊形式填寫： (1)_____ (2)_____ (3)_____ (4)_____ (5)_____ (6)_____ (7)_____ (8)_____ (9)_____ </div> </div>
覆套	<input type="checkbox"/> 彈性透氣覆套 <input type="checkbox"/> 彈性防水覆套 <input type="checkbox"/> 覆套底部止滑功能 <input type="checkbox"/> 覆套底部車縫黏釦帶
配件	<input type="checkbox"/> 硬底板(增加座墊底部穩定性) <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>(一) 使用座墊有擺位調整需求者，須檢附以下資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 仰躺之俯視及兩側側面照 (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) 2. 輪椅座墊使用前、後之照片及影片： (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>(1) 拍攝方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 照片：坐姿正面及兩側側面之比較照片 ② 影片：坐姿正面操作或參與活動之比較影片(至少30秒) <p>(2) 欲申請適形泡棉座墊，須優先試用臀廓支撐較少之座墊款式，並請比較及說明使用差異 (順序：平面泡棉→標準臀廓→加深臀廓)</p> <p>(二) 若有壓瘡(褥瘡)，請檢附相關照片</p>	
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