

新北市政府教育局身心障礙學生教育輔助器材－ 聽覺輔具評估報告(A1)

一、學生基本資料

學生姓名：_____ 學校名稱：_____ 年級：_____

申請類別：☐聽覺障礙 ☐多重障礙(含聽、____、____、____) ☐單側聽損

目前教育安置方式：☐普通班(含資源班、巡迴輔導等) ☐特教班 ☐其他

二、使用評估

個案現況 及輔具 需求	<p>請簡述：</p> <p>1. 聽損情形與聽能表現(包括目前醫療診斷、學習表現、生活適應與困難等情形)：</p> <p>2. 助聽器/FM、獨立型接收器配戴情況(包含配戴前後差異與學習情況、配戴意願性等)：</p>			
	<p>請簡述：</p> <p>1 預期使用情境及效益：</p> <p>2 輔具使用目標：</p>			
聽覺輔具 使用情形	使用情況		輔具現況	每週使用頻率
	個人 助聽 輔具	左 耳	<p>• 購置日期：_____年_____月</p> <p><input type="checkbox"/>6個月內預計更換輔具(含電子耳)</p> <p>• 助聽輔具功能：</p> <p><input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>偶有狀況</p> <p><input type="checkbox"/>常有狀況 <input type="checkbox"/>不堪使用</p>	<p><input type="checkbox"/>未使用</p> <p><input type="checkbox"/>少數課程使用：約_____節</p> <p>說明：</p> <p><input type="checkbox"/>半數課程使用：約_____節</p> <p>說明：</p> <p><input type="checkbox"/>多數課程使用：約_____節</p> <p>說明：</p> <p><input type="checkbox"/>全數課程</p>
		右 耳	<p>• 購置日期：_____年_____月</p> <p><input type="checkbox"/>6個月內預計更換輔具(含電子耳)</p> <p>• 助聽輔具功能：</p> <p><input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>偶有狀況</p> <p><input type="checkbox"/>常有狀況 <input type="checkbox"/>不堪使用</p>	
	遠距 麥克 風系 統 (FM、 獨立型 接收 器)	左 耳	<p><input type="checkbox"/>首次申請</p> <p><input type="checkbox"/>已申請過：</p> <p>取得日期：_____年_____月_____日</p> <p><input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>偶有狀況</p> <p><input type="checkbox"/>常有狀況 <input type="checkbox"/>不堪使用</p>	<p><input type="checkbox"/>未使用</p> <p><input type="checkbox"/>少數課程使用：約_____節</p> <p>說明：</p> <p><input type="checkbox"/>半數課程使用：約_____節</p> <p>說明：</p> <p><input type="checkbox"/>多數課程使用：約_____節</p> <p>說明：</p> <p><input type="checkbox"/>全數課程</p>
		右 耳	<p><input type="checkbox"/>首次申請</p> <p><input type="checkbox"/>已申請過：</p> <p>取得日期：_____年_____月_____日</p> <p><input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>偶有狀況</p> <p><input type="checkbox"/>常有狀況 <input type="checkbox"/>不堪使用</p>	

申請項目					
遠距麥克風系統(如 FM 調頻、獨立型接收器)使用年限至少為5年， <u>逾使用年限且輔具無法使用</u> 始得重新提出申請。若學生有更換輔具或進行電子耳手術之規劃，須考量上述規定之限制。					
1. 發射器		<input type="checkbox"/> 申請			
2. 接收器		<input type="checkbox"/> 申請： <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳			
左耳			右耳		
現有個人助聽輔具	申請調頻樣式		現有個人助聽輔具	申請調頻樣式	
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 獨立型接收器		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 獨立型接收器	
<input type="checkbox"/> 耳掛型助聽器 廠牌： 型號：	<input type="checkbox"/> 通用型接收器 <input type="checkbox"/> 通用型接收器+音靴 <input type="checkbox"/> 其他：_____		<input type="checkbox"/> 耳掛型助聽器 廠牌： 型號：	<input type="checkbox"/> 通用型接收器 <input type="checkbox"/> 通用型接收器+音靴 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
<input type="checkbox"/> 電子耳 廠牌： 型號：	<input type="checkbox"/> 通用型接收器 <input type="checkbox"/> 通用型接收器+轉接介面 <input type="checkbox"/> 其他：_____		<input type="checkbox"/> 電子耳 廠牌： 型號：	<input type="checkbox"/> 通用型接收器 <input type="checkbox"/> 通用型接收器+轉接介面 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
(左耳助聽輔具照片)			(右耳助聽輔具照片)		
獨立型接收器試戴情形說明 (首次申請者必填)		請描述試學生配戴適應性、對聲音反應、家長/學生了解配戴方式等			
		協助配戴者：(簽全名或蓋職章)		日期： 年 月 日	
評估人員		<input type="checkbox"/> 聽力師	姓 名	個管老師	
		<input type="checkbox"/> 聽巡老師	電 話		

申請前請聽巡老師協助確認下列資料已備齊且無誤			
<input type="checkbox"/> 6個月內聽力圖(必須包含裸耳及佩戴輔具之聽能表現)或聽能管理報告			
<input type="checkbox"/> 3個月內輔具保養紀錄： <input type="checkbox"/> 個人輔具、 <input type="checkbox"/> 調頻系統(首次免附)			
<input type="checkbox"/> 已確認助聽器或電子耳可順利連接調頻系統(電池蓋功能正常/更換相關配件)			
<input type="checkbox"/> 已確認助聽器或電子耳具調頻系統功能並開啟程式			
<input type="checkbox"/> 已試戴過獨立型接收器(欲申請此款接收器者需說明試戴情況；首次申請者必勾選)			
聽巡老師審查資料確認	姓名	電話	日期