

新北市政府教育局身心障礙學生教育輔助器材— 步行輔具評估報告 (C6)

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) 目前使用之步行輔具

- ☐目前無使用(以下免填)
- ☐已使用：_____年_____月 ☐使用年限不明
- 現有步行輔具種類：☐拐杖 ☐帶輪型助步車(助行椅)
☐助行器：☐一般型 ☐助起型(R型)
☐姿勢控制型助行器 ☐軀幹前臂支撐行步態訓練器
☐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			
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		
關節活動度		左側	右側
	肩關節	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限
	肘關節	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限
	腕關節	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緊 <input type="checkbox"/> 受限
上肢動作控制	左上肢: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不正常協同動作 <input type="checkbox"/> 不自主動作 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
	右上肢: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不正常協同動作 <input type="checkbox"/> 不自主動作 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
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		
下肢承重能力	右側: <input type="checkbox"/> 全部體重 <input type="checkbox"/> 大於 50%體重 <input type="checkbox"/> 小於 50%體重 <input type="checkbox"/> 無法承重		
	左側: <input type="checkbox"/> 全部體重 <input type="checkbox"/> 大於 50%體重 <input type="checkbox"/> 小於 50%體重 <input type="checkbox"/> 無法承重		
站姿平衡能力	<input type="checkbox"/> 放手站可抗外力 <input type="checkbox"/> 自行扶持或支撐穩定物可抗外力 <input type="checkbox"/> 需他人協助扶持 <input type="checkbox"/> 完全依賴		

三、規格配置建議

(一) 輔具規格配置

<input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 單側： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 雙側	1. 站立下手握持高度：_____公分 (站姿下，肘彎曲 20~30 度、約股骨大轉子或手腕線處) 2. 類型： <input type="checkbox"/> 單點手杖 <input type="checkbox"/> 四腳手杖 <input type="checkbox"/> 前臂拐杖 肘環上緣高度：_____公分(前臂環上緣約低於肘關節線 2-3 公分) <input type="checkbox"/> 腋下拐杖 胸廓靠墊高度：_____公分(胸廓靠墊約腋下高度減 5 公分)
<input type="checkbox"/> 助行器(含前輪管)	1. 站立下手握持高度：_____公分 (站姿下，肘彎曲 20~30 度、約股骨大轉子或手腕線處) 2. 後二支柱配置： <input type="checkbox"/> 橡膠止滑墊 <input type="checkbox"/> 承重剎車(下壓式套管)
<input type="checkbox"/> 帶輪型助步車(助行椅)	1. 站立下手握持高度：_____公分 (站姿下，肘彎曲 20~30 度、約股骨大轉子或手腕線處) 2. 座面高度：_____公分 *必備配件：手控煞車及煞車鎖定功能、臨時休憩座位功能
<input type="checkbox"/> 姿勢控制型助行器	個案較常使用方式為： <input type="checkbox"/> 前推使用 <input type="checkbox"/> 後拉使用 1. 站立下手握持高度：_____公分 (站姿下，肘彎曲 20~30 度、約股骨大轉子或手腕線處) 2. 前輪 <input type="checkbox"/> 定向型 <input type="checkbox"/> 轉向、定向可控制型 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 3. 後輪/支柱 <input type="checkbox"/> 使用固定支柱(橡膠止滑墊) <input type="checkbox"/> 單向只進不退輪 <input type="checkbox"/> 阻力調節輪(請敘明原因：_____) <input type="checkbox"/> 其他：_____ 4. 配件： <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 骨盆側支撐墊 <input type="checkbox"/> 加骨盆綁帶，臀圍_____公分(沿髂嵴一圈) <input type="checkbox"/> 骨盆懸吊帶，臀圍_____公分(沿髂嵴一圈) <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 軀幹支撐型步態訓練器 <input type="checkbox"/> 國產 <input type="checkbox"/> 進口	胸圍：_____公分，胸寬：_____公分，軀幹厚度：_____公分 臀圍_____公分(沿髂嵴一圈) 軀幹支撐上緣高度：_____公分(上緣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 <input type="checkbox"/> 定向輪 <input type="checkbox"/> 轉向、定向可控制型 <input type="checkbox"/> 單向只進不退輪 <input type="checkbox"/> 阻力調整輪 <input type="checkbox"/> 其他：_____

	2. 後輪 <input type="checkbox"/> 定向輪 <input type="checkbox"/> 轉向、定向可控制型 <input type="checkbox"/> 單向只進不退輪 <input type="checkbox"/> 阻力調整輪 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	3. 配件： <input type="checkbox"/> 前臂支撐配件 <input type="checkbox"/> 骨盆懸吊墊 <input type="checkbox"/> 馬鞍座墊 <input type="checkbox"/> 大腿分隔配件 <input type="checkbox"/> 踝足分隔配件 <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 站姿 或使用步行輔具之照片及影片 (拍攝時請先移除身上覆蓋物並將輔具與學生整體皆拍攝入) 1. 照片:正面、兩側側面及背面(共4張) 2. 影片:正面、側面及背面拍攝之行走影片(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