

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、____、____、____)

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

個案現況 及輔具 需求 (學校填寫)	請簡述： 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)： 可由醫療診斷中說明聽損情況、沒有配戴助聽器前的聽覺反應 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)： 請說明目前配戴助聽器的情況，包含時間/頻率、學生的感受、願意性 * 若有試戴獨立型接收器(戴在好耳之輔具)寫在第二頁[獨立型接收器試戴情形說明(首次申請者必填)]的欄位中			
	請簡述： 1 預期使用情境及效益： 2 輔具使用目標： 此欄跟需求表詢問的教育目標是一樣的意思			
雙耳聽力 狀況與輔 具類型	左耳	聽力狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 受損	個人輔具類型： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 電子耳 <input type="checkbox"/> 其他：	
	右耳	聽力狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 受損	個人輔具類型： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 電子耳 <input type="checkbox"/> 其他：	
使用情況		輔具現況	每週使用頻率	
聽覺個人輔 具使用情形	個人 助聽 輔具	左耳	<ul style="list-style-type: none"> 購置日期：_____年_____月 <input type="checkbox"/>6個月內預計更換輔具(含電子耳) 助聽輔具功能： <input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>偶有狀況 <input type="checkbox"/>常有狀況 <input type="checkbox"/>不堪使用 	<input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 少數課程使用：約_____節 說明： <input type="checkbox"/> 半數課程使用：約_____節 說明： <input type="checkbox"/> 多數課程使用：約_____節 說明： <input type="checkbox"/> 全數課程
		右耳	<ul style="list-style-type: none"> 購置日期：_____年_____月 <input type="checkbox"/>6個月內預計更換輔具(含電子耳) 助聽輔具功能： <input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>偶有狀況 <input type="checkbox"/>常有狀況 <input type="checkbox"/>不堪使用 	
遠距麥克 風系統使 用情形	遠 距 麥 克 風 系 統 (FM 、 獨 立 型 接 收 器)	左耳	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 首次申請 <input type="checkbox"/> 已申請過： 取得日期：_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偶有狀況 <input type="checkbox"/> 常有狀況 <input type="checkbox"/> 不堪使用	<input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 少數課程使用：約_____節 說明： <input type="checkbox"/> 半數課程使用：約_____節 說明： <input type="checkbox"/> 多數課程使用：約_____節 說明： <input type="checkbox"/> 全數課程
		右耳	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 首次申請 <input type="checkbox"/> 已申請過： 取得日期：_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偶有狀況 <input type="checkbox"/> 常有狀況 <input type="checkbox"/> 不堪使用	

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"/> 申請發射器		<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> 申請調頻樣式： 若不知如何填寫可詢問第三特教資源中心 </div>		
2. 接收器	<input type="checkbox"/> 申請左耳接收器 <input type="checkbox"/> 申請右耳接收器				
左 耳 *有配戴者皆需要填寫廠牌/型號			右 耳 *有配戴者皆需要填寫廠牌/型號		
現有個人助聽輔具		申請調頻樣式		現有個人助聽輔具	
<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 獨立型接收器		<input type="checkbox"/> 無	
<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"/> 電子耳 廠牌： 型號：		<input type="checkbox"/> 電子耳一體成型接收器 <input type="checkbox"/> 通用型接收器+轉接介面 <input type="checkbox"/> 其他：_____		<input type="checkbox"/> 電子耳一體成型接收器 <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) 只拍助聽器空機照片(不需要戴在耳上的照片)			(右耳助聽輔具照片) 只拍助聽器空機照片(不需要戴在耳上的照片)		
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 若需要試戴獨立型接收器，請注意以下事項： (1)約試戴時間:先與本市採購廠商「指定門市」人員告知此事並約試戴時間 (2)試戴情況紀錄:請家長協助將表格帶去門市請該門市人員協助試戴並填寫此欄位說明情況、及簽章、日期 另有一張表格將此部分單獨拉出，也可用該表格，最後將資料合併在下方處即可。			
		協助配戴者：(簽全名或蓋職章)		日期： 年 月 日	
評估人員 (務必填寫)		<input type="checkbox"/> 聽力師 姓 名 <input type="checkbox"/> 聽巡老師 電 話		個管老師	

▲申請前請聽巡老師協助確認下列資料已備齊且無誤：

- ① 聽力資料 ☐ 已附6個月內聽力圖(含裸耳及配戴輔具)或聽能管理報告
- ② 個人輔具保養紀錄(3個月內) ☐ 已附(有配戴且申請接收器者須檢附)、☐ 免附(未配戴)
- ③ 調頻系統保養紀錄(3個月內) ☐ 已附(曾申請者)、☐ 免附(首次申請)
- ④ 助聽器/電子耳設備功能確認 ☐ 本次申請耳無配戴(以下2項可免勾選)
☐ 已確認可連接調頻系統(電池蓋功能正常/更換相關配件)、☐ 已確認調頻功能正常並已開啟
- ⑤ 獨立型接收器(如有申請) ☐ 已試戴並說明使用情形(首次申請必填)、☐ 未申請(免附)

聽巡老師審查資料確認	姓名	電話	日期
------------	----	----	----