

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	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)： 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)：		
	請簡述： 1 預期使用情境及效益： 2 輔具使用目標：		
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	<div>左耳</div> <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 <div>右耳</div> <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
	遠距麥克風系統 (FM、獨立型接收器)	<div>左耳</div> <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				
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)			(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 (務必填寫)		<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：

- 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
------------	----	----	----