

# 新北市政府身心障礙學生教育輔助器材— 電動輪椅暨擺位系統評估報告 (C2)

## 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) 目前使用之輪椅輔具

☐目前無使用 (以下免填)

☐已使用：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 ☐使用年限不明

- 現有輪椅輔具種類：☐輕量化量產型輪椅(一般型輪椅) ☐客製型輪椅  
☐高活動型輪椅 ☐推車  
☐一般型電動輪椅 ☐動力底座型電動輪椅  
☐其他：\_\_\_\_\_

附加功能(可複選)：☐利於移位 ☐空中傾倒 ☐仰躺

➤ 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) 使用環境特性(可複選)

- ☐大致平坦 ☐經常通過顛簸路面 ☐需跨越門檻/線槽，高低差：\_\_\_\_\_公分  
☐經常需跨越間隙，距離：\_\_\_\_\_公分 ☐需在無障礙坡道推行 ☐需在陡坡推行  
☐需在狹窄的環境迴轉 ☐經常使用電梯，梯廂尺寸(深×寬) \_\_\_\_\_公分 × \_\_\_\_\_公分

### (五) 已使用電動輪椅者，其操控情況(未曾使用電動輪椅者免填)

☐獨立 ☐有時需要協助者代為操控 ☐經常需要協助者代為操控

## (六) 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, 胸廓厚度: _____公分					
※備註(如: 特殊體型、躺姿量測……): _____					
※雙側不同時請標示: 左/右 (L/R)					
※若此次僅申請擺位系統-進階型頭靠, 無須填寫身體尺寸					
1. 上臂垂直高 _____cm		4. 髖關節夾角角度 (正常範圍約 60~180 度) _____~_____度	6. 肩峰距離 _____cm	9. 頭頂高 _____cm	
2. 臀至膝窩長 _____cm			7. 胸廓寬度 _____cm	10. 肩峰高 _____cm	
3. 膝窩高 _____cm <input type="checkbox"/> 含鞋子		5. 膝關節夾角角度 (髖關節彎曲 90 度下, 正常範圍約 40~140 度) _____~_____度	8. 坐面最寬處 _____cm	11. <input type="checkbox"/> 腋窩高 _____cm <input type="checkbox"/> 肩胛下角高 _____cm	
身體各部位姿態	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			
	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			
	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"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無穿背架 <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：_____
頭部控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 <input type="checkbox"/> 完全無法控制
肩部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 後縮 <input type="checkbox"/> 前突
腕部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內收 <input type="checkbox"/> 外展 <input type="checkbox"/> 風吹式變形(固定變形) <input type="checkbox"/> 其他：_____
膝部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 屈曲變形 <input type="checkbox"/> 伸直變形 <input type="checkbox"/> 其他：_____
踝部	※勾選後請圈選方向 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內/外翻變形 <input type="checkbox"/> 蹠/背屈變形 <input type="checkbox"/> 其他：_____
其他攣縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，部位：_____，對坐姿擺位之影響：_____
認知/判斷能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差
視知覺能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差
情緒控制	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差
皮膚感覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ <input type="checkbox"/> 喪失：_____ <input type="checkbox"/> 無法施測，原因：_____
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)
最有效執行輔具操作的肢體部位(可複選組合)	1. 有效粗動作控制能力： <input type="checkbox"/> 無 上肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側；部位： <input type="checkbox"/> 手腕或手掌 <input type="checkbox"/> 肩或肘 下肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側；部位： <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腿或膝 2. 有效精細動作控制能力： 上肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側；部位： <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 手腕或手掌 下肢： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側；部位： <input type="checkbox"/> 腳趾 <input type="checkbox"/> 腳掌 頭頸部位： <input type="checkbox"/> 下巴 <input type="checkbox"/> 頭部動作 <input type="checkbox"/> 嘴唇 <input type="checkbox"/> 眼球動作 <input type="checkbox"/> 其他部位：_____

## (七) 個案自行操作電動輪椅之技巧

1. 在合理時間內開啟/關閉電源開關	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需改裝	<input type="checkbox"/> 需要他人協助
2. 依指令執行前進、後退、轉向及停止	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行
3. 無障礙坡道上駕駛上坡、轉向及停止	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行
4. 在開門時限內進出電梯門	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行
5. 於較窄的通道中穩定向前推行 5 公尺	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行
6. 在直徑 150 公分的範圍內完成直接迴轉	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行
7. 以分段方式，完成狹小空間中的迴轉	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行
8. 在吵雜的環境能專注操作不分心	<input type="checkbox"/> 獨立完成	<input type="checkbox"/> 可訓練或需提醒	<input type="checkbox"/> 無法執行

## 三、規格配置建議

## ※申請項目：

<input type="checkbox"/> 電動輪椅 <input type="checkbox"/> 擺位系統：(勾選此處係指須試用之品項) (註 1) <input type="checkbox"/> 曲面適形背靠 原輪椅背管外寬：_____公分 (註 2) <input type="checkbox"/> 進階型頭靠	※註 1： 僅申請擺位系統者，下方方輔具規格配置處只須填寫「相對應品項之灰底欄位」。 ※註 2： 僅申請曲面適形背靠者，須填寫背管外寬。(其係指兩背管外側緣之距離)
---	---

## (一) 輔具規格配置

類型		<input type="checkbox"/> 一般型電動輪椅 <input type="checkbox"/> 動力底座型電動輪椅	<input type="checkbox"/> 加裝電動姿勢變換功能 (須搭配動力底座)： <input type="checkbox"/> 空中傾倒 (tilt-in-space) <input type="checkbox"/> 後躺 (recline) (擺位系統位置易受影響) 請敘明申請理由：_____ <input type="checkbox"/> 站立 (standing) 請敘明申請理由：_____ <input type="checkbox"/> 升降 (elevating) 請敘明申請理由：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
	驅動輪位置： <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 後		
座椅系統	椅面	<input type="checkbox"/> 軟式底面： <input type="checkbox"/> 布質 <input type="checkbox"/> 魔鬼氈可調 <input type="checkbox"/> 平面泡棉	
		<input type="checkbox"/> 硬式底板： <input type="checkbox"/> 平面泡棉 <input type="checkbox"/> 輪椅座墊，未乘坐時座墊總厚度_____公分 (※須檢附 C3 報告書)	
	椅背	<input type="checkbox"/> 軟式底面： <input type="checkbox"/> 布質 <input type="checkbox"/> 魔鬼氈可調 <input type="checkbox"/> 平面泡棉 <input type="checkbox"/> 平面型輪椅背靠 (硬式底板+平面泡棉)	
		<b>※須試用之擺位系統 (請比較與平面背靠之差異，並說明建議原因)</b> <input type="checkbox"/> 曲面適形輪椅背靠 底板形式： <input type="checkbox"/> 胸部適形 <input type="checkbox"/> 臀部適形 <input type="checkbox"/> 其他適形 墊體材質： <input type="checkbox"/> 適形泡棉墊 <input type="checkbox"/> 連通管型氣囊 <input type="checkbox"/> 填充式氣囊 <input type="checkbox"/> 液態凝膠墊 <input type="checkbox"/> 固態或顆粒凝膠墊 <input type="checkbox"/> 其他： 吊掛方式： <input type="checkbox"/> 螺絲鎖固 (無快拆) <input type="checkbox"/> 嵌入式吊掛系統 *高張力個案建議使用螺絲鎖固方式	
頭靠系統	<input type="checkbox"/> 基礎型頭靠： <input type="checkbox"/> 一字弧型 <input type="checkbox"/> 四爪型 <input type="checkbox"/> 三片曲面可調型		
	<b>※須試用之擺位系統 (請比較與基礎型頭靠之差異，並說明建議原因)</b> <input type="checkbox"/> 進階型頭靠： <input type="checkbox"/> 兩側加長延伸弧型 <input type="checkbox"/> 肩鎖支撐型 <input type="checkbox"/> 其他： 1. 提供支撐位置： <input type="checkbox"/> 枕部 <input type="checkbox"/> 枕下雙側 <input type="checkbox"/> 肩鎖支撐 2. 相關配件： <input type="checkbox"/> 頭部綁帶 (額頭寬_____公分) <input type="checkbox"/> 前額支撐 (____側) <input type="checkbox"/> 下巴支撐 <input type="checkbox"/> 其他：		

	軀幹側支撐架	<input type="checkbox"/> 無需求 <input type="checkbox"/> 有需求 1. 左側：離座墊高_____公分～_____公分；離背墊深度：_____公分 右側：離座墊高_____公分～_____公分；離背墊深度：_____公分 （深度至少為胸廓厚度之一半） 2. 調整功能： <input type="checkbox"/> 可外掀 <input type="checkbox"/> 可調整角度，方向：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
	扶手	<input type="checkbox"/> 全長式 <input type="checkbox"/> 近桌式 <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 後掀式 <input type="checkbox"/> 全拆式 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	靠腳	型式： <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 旋開式+拆卸式 角度： <input type="checkbox"/> 前置式(膝關節角度大於90度) <input type="checkbox"/> 垂直式 <input type="checkbox"/> 抬高式(高張力者不建議) <input type="checkbox"/> 其他：_____
	踏板	型式： <input type="checkbox"/> 單片式(請敘明原因：_____) <input type="checkbox"/> 兩片式 <input type="checkbox"/> 旋轉式 材質： <input type="checkbox"/> 塑膠材質 <input type="checkbox"/> 金屬材質(高張力者適用) 角度： <input type="checkbox"/> 不須調整 <input type="checkbox"/> 角度可調式踏板，調整方向：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
綁帶	<input type="checkbox"/> 胸帶： <input type="checkbox"/> H型 <input type="checkbox"/> X型 <input type="checkbox"/> 直條型 <input type="checkbox"/> 胸帶導引環(以上皆須搭配硬式背底板) 上帶寬度： <input type="checkbox"/> 小尺寸 <input type="checkbox"/> 大尺寸(肩寬小於30cm，建議選擇小尺寸) <input type="checkbox"/> 一字型胸帶 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	<input type="checkbox"/> 骨盆帶： <input type="checkbox"/> 織帶型 開啟方式： <input type="checkbox"/> 兩側按壓式 <input type="checkbox"/> 中心按壓式 固定點： <input type="checkbox"/> 兩點式 <input type="checkbox"/> 四點式 調整方向： <input type="checkbox"/> 雙拉式 <input type="checkbox"/> 單拉式(向左/右) <input type="checkbox"/> 兩節式粘扣帶(寬度： <input type="checkbox"/> 2吋 <input type="checkbox"/> 4吋) <input type="checkbox"/> 大腿環帶： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 小腿靠帶 <input type="checkbox"/> 小腿靠墊 <input type="checkbox"/> 小腿環帶 <input type="checkbox"/> 腳跟擋帶 <input type="checkbox"/> 腳掌帶 <input type="checkbox"/> 前臂綁帶： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側，請敘明申請理由：_____	
其他配件	<input type="checkbox"/> 臀側支撐架： <input type="checkbox"/> 可調整寬度 <input type="checkbox"/> 可調整角度 <input type="checkbox"/> 可外掀 <input type="checkbox"/> 內收鞍板 <input type="checkbox"/> 分腿器：兩膝間距_____公分(須搭配硬式座板) <input type="checkbox"/> 膝前擋板(髖關節脫位者不建議使用) <input type="checkbox"/> 防傾桿(具空中傾倒/仰躺功能者必選)	
	<input type="checkbox"/> 桌板： <input type="checkbox"/> 圍邊加高 <input type="checkbox"/> 搭配升降桌(※須檢附C4報告書) <input type="checkbox"/> 非控制器側加裝L型握把 <input type="checkbox"/> 加裝方向燈(有機種限制，請敘明原因：_____) <input type="checkbox"/> 其他：_____	

控制 器 及 人 機 介 面	<input type="checkbox"/> 比例式輸入系統： <input type="checkbox"/> 傳統搖桿 <input type="checkbox"/> 加長搖桿，總長：_____公分 <input type="checkbox"/> 球型，直徑：_____公分 <input type="checkbox"/> 其他改裝搖桿頭：_____型 <input type="checkbox"/> 特殊規格之搖桿組：_____ 原因：_____		<input type="checkbox"/> 非比例式控制系統： <input type="checkbox"/> 吹吸控制 <input type="checkbox"/> 多按鍵控制 <input type="checkbox"/> 眼動控制 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	控制器程式規劃： <input type="checkbox"/> 不需特殊規劃 <input type="checkbox"/> 緩和模式 <input type="checkbox"/> 動能模式 <input type="checkbox"/> 手震顫模式 <input type="checkbox"/> 限制最高速度 <input type="checkbox"/> 需重新定義搖桿行程 (joystick throw)				
	電動輪椅輸入裝置之身體部位與方式： 1. 上肢： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 操作方式： <input type="checkbox"/> 手指抓握移動 <input type="checkbox"/> 手腕或手掌移動 <input type="checkbox"/> 肩或肘按壓開關 2. 下肢： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 操作方式： <input type="checkbox"/> 腳趾抓握移動 <input type="checkbox"/> 腳掌踩踏移動 <input type="checkbox"/> 腿或膝按壓開關 3. 頭頸部位： <input type="checkbox"/> 下巴往各方向移動 <input type="checkbox"/> 以頭輕敲特殊開關 <input type="checkbox"/> 以嘴吹吸氣 <input type="checkbox"/> 眼球動作 4. <input type="checkbox"/> 其他部位與控制方式：_____				
建議 輪 椅 尺 寸	 <p>Developed by All-Life &amp; CSMUATC</p> <p>※測量基準面：座墊表面及背墊表面起算</p>		座椅尺寸與角度相關參數 (單位：公分，無需該配件時其參數不填)		
			(A) 座背靠夾角 _____度 <input type="checkbox"/> 可仰躺		
			(B) 腿靠角度 _____度 <input type="checkbox"/> 可抬高		
			(C) 座寬 _____公分 (座墊寬度或扶手內側間距)		
			(D) 座深 左_____公分 右_____公分		
			(E) 腿靠長度 左_____公分 右_____公分		
			(F) 椅背高度 _____公分		
			(G) 頭靠高度 _____公分		
			(H) 扶手高度 左_____公分 右_____公分		
			座面高度 _____公分		

(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之拍攝

說明	1. 須檢附輔具坐姿之照片及操控影片 (拍攝前請移除桌板、身上覆蓋衣物等，並將輔具與學生整體皆拍攝入) (1)照片:坐姿正面及兩側側面(共3張) (2)影片:由斜前方拍攝學生操作電動輪椅之影片，至少包含前進/後退、轉彎/避開障礙物、碰撞前停止，每段影片至少30秒 2. 欲申請擺位系統，請檢附輔具試用調整前、後之照片及影片 (1)拍攝方式同第1點說明 (2)欲申請曲面背靠者，請同時檢附躺姿照片 (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) ①仰躺時之俯視及兩側側面 ②側躺時之背面	
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