

新北市政府教育局身心障礙學生教育輔助器材— 站立架評估報告 (C5)

※注意：

1. 若有下列情況請先行評估使用風險，包含姿勢性低血壓、下肢嚴重攣縮、骨質疏鬆症、先天性髖關節脫位等，待確認可使用後再行提出申請。
2. 自申請日前三個月內如有骨科手術、關節脫位及復位手術者，須檢附可使用站立架之醫療文件證明，且內容須說明可進行承重訓練之頻率與強度。

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

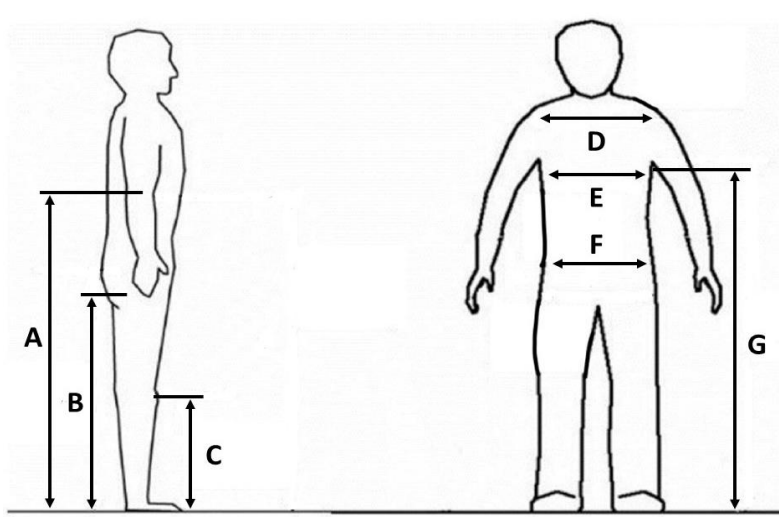
(二) 轉位能力

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) 目前使用之站立架

- ☐目前無使用 (以下免填)
- ☐已使用：_____年_____月 ☐使用年限不明
- 現有站立架種類：☐前臥式站立架 ☐直立式站立架 ☐後仰式站立架
- 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	
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>A. 手肘高: _____公分</p> <p>B. 股骨大轉子高: _____公分</p> <p>C. 膝關節高: _____公分</p> <p>D. 肩寬: _____公分</p> <p>E. 胸寬: _____公分</p> <p>F. 臀寬: _____公分</p> <p>G. 腋窩高: _____公分</p> </div> </div>	
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
髖部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 內收變形 <input type="checkbox"/> 外展變形 <input type="checkbox"/> 屈曲變形 <input type="checkbox"/> 伸直變形 <input type="checkbox"/> 風吹式變形 <input type="checkbox"/> 髖脫位 <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：_____
站姿平衡能力	1. 站起： <input type="checkbox"/> 不用手即可站起 <input type="checkbox"/> 用手協助站起 <input type="checkbox"/> 沒有協助無法站起 2. 站立平衡： <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、規格配置建置

(一) 輔具規格搭配(依申請項目填寫)

※固定綁帶與桌板為必要之配件

※考量安全因素，後仰式站立架不予提供H型胸帶

<input type="checkbox"/> 直立式站立架	<p>相關配件：</p> <p>1. <input type="checkbox"/>胸部側支撐墊：<input type="checkbox"/>寬度可調整 <input type="checkbox"/>高度可獨立調整</p> <p>2. <input type="checkbox"/>骨盆側支撐墊：<input type="checkbox"/>寬度可調整 <input type="checkbox"/>高度可獨立調整</p> <p>3. <input type="checkbox"/>兩側膝部支撐配件可獨立調整設計</p> <p>4. <input type="checkbox"/>足部固定配件，形式：_____</p> <p>5. <input type="checkbox"/>手部抓握桿，請敘明申請理由：_____</p> <p>6. <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>底座設計：</p> <p>1. <input type="checkbox"/>底座直接附輪方便移動</p> <p>2. <input type="checkbox"/>貼地型(<input type="checkbox"/>需附輪板方便搬移)</p>
<input type="checkbox"/> 前趴式站立架	<p>相關配件：</p> <p>1. <input type="checkbox"/>胸部側支撐墊：<input type="checkbox"/>寬度可調整 <input type="checkbox"/>高度可獨立調整</p> <p>2. <input type="checkbox"/>骨盆側支撐墊：<input type="checkbox"/>寬度可調整 <input type="checkbox"/>高度可獨立調整</p> <p>3. <input type="checkbox"/>膝部分隔支撐墊</p> <p>4. <input type="checkbox"/>足部固定配件，形式：_____</p> <p>5. <input type="checkbox"/>手部抓握桿，請敘明申請理由：_____</p> <p>6. <input type="checkbox"/>其他：_____</p>
<input type="checkbox"/> 後仰式站立架	<p>相關配件：</p> <p>1. <input type="checkbox"/>頭部側支撐墊：<input type="checkbox"/>寬度可調整 <input type="checkbox"/>高度可獨立調整</p> <p>2. <input type="checkbox"/>胸部側支撐墊：<input type="checkbox"/>寬度可調整 <input type="checkbox"/>高度可獨立調整</p> <p>3. <input type="checkbox"/>骨盆側支撐墊：<input type="checkbox"/>寬度可調整 <input type="checkbox"/>高度可獨立調整</p>

	4. <input type="checkbox"/> 兩側膝部分開固定設計 5. <input type="checkbox"/> 足部固定配件，形式： 6. <input type="checkbox"/> 踝關節角度調整踏板 7. <input type="checkbox"/> 手部抓握桿，請敘明申請理由：_____ 8. <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、照片或影片資料

* 請學校人員與治療師共同協助照片及影片拍攝

說明	須檢附之照片及影片 (拍攝前請先移除身上覆蓋物、桌板等，並將學生與輔具整體皆拍入) 1. 可維持站姿或使用站立架者： (1) 照片：站姿正面、兩側側面及背面(共 4 張) (2) 影片：站姿正面、兩側側面及背面之影片(至少 30 秒) 2. 無法維持站姿者，請檢附坐於輔具或課椅之照片及影片： (1) 照片：坐姿正面及兩側側面(共 3 張) (2) 影片：坐姿正面操作或參與活動影片(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