

新北市政府身心障礙學生教育輔助器材— 移位輔具評估報告 (C7)

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) 活動需求(可複選)

☐獨立移位 ☐由他人協助移位 ☐其他：_____

(二) 使用環境特性(可複選)

☐需自地面移位 ☐移位空間狹小 ☐需跨越門檻 ☐其他：_____

(三) 目前使用之移位輔具

☐目前無使用(以下免填)

☐已使用：_____年_____月 ☐使用年限不明

➢ 現有輔具種類：☐移位腰帶 ☐移位轉盤 ☐移位板 ☐人力移位吊帶 ☐移位滑布
☐躺式移位滑墊 ☐人力型移位機 ☐電動型移位機
☐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，腰圍：_____公分	
坐姿平衡能力	<input type="checkbox"/> 放手且獨立坐 <input type="checkbox"/> 抓握扶持下可重心轉移 <input type="checkbox"/> 抓握扶持下僅可維持 <input type="checkbox"/> 需他人協助維持 <input type="checkbox"/> 完全依賴
坐姿站起能力	<input type="checkbox"/> 可獨立自行站起 <input type="checkbox"/> 輕度協助可站起 <input type="checkbox"/> 中度協助可站起 <input type="checkbox"/> 重度協助可站起 <input type="checkbox"/> 無法站起
承重下可否跨步	<input type="checkbox"/> 可跨步 <input type="checkbox"/> 無法跨步

(五) 環境配置與策略(請依實際使用環境勾選，若無則免填)

環境	路徑淨空且高度接近		建議轉移位方式	
輪椅 ↔ 床/仰躺式站立架	<input type="checkbox"/> 現況是		<input type="checkbox"/> 站起移位 <input type="checkbox"/> 站立式移位機 <input type="checkbox"/> 坐姿平移 <input type="checkbox"/> 懸吊式移位機 <input type="checkbox"/> 仰躺平移	
	<input type="checkbox"/> 現況否	<input type="checkbox"/> 不需調整		
		<input type="checkbox"/> 需調整/更換 說明：		
輪椅 ↔ 擺位椅/學校課椅	<input type="checkbox"/> 現況是		<input type="checkbox"/> 站起移位 <input type="checkbox"/> 站立式移位機 <input type="checkbox"/> 坐姿平移 <input type="checkbox"/> 懸吊式移位機 <input type="checkbox"/> 仰躺平移	
	<input type="checkbox"/> 現況否	<input type="checkbox"/> 不需調整		
		<input type="checkbox"/> 需調整/更換 說明：		
輪椅 ↔ 電動輪椅	<input type="checkbox"/> 現況是		<input type="checkbox"/> 站起移位 <input type="checkbox"/> 站立式移位機 <input type="checkbox"/> 坐姿平移 <input type="checkbox"/> 懸吊式移位機 <input type="checkbox"/> 仰躺平移	
	<input type="checkbox"/> 現況否	<input type="checkbox"/> 不需調整		
		<input type="checkbox"/> 需調整/更換 說明：		
輪椅 ↔ 馬桶	<input type="checkbox"/> 現況是		<input type="checkbox"/> 站起移位 <input type="checkbox"/> 站立式移位機 <input type="checkbox"/> 坐姿平移 <input type="checkbox"/> 懸吊式移位機 <input type="checkbox"/> 仰躺平移	
	<input type="checkbox"/> 現況否	<input type="checkbox"/> 不需調整		
		<input type="checkbox"/> 需調整/更換 說明：		

三、規格配置建議

*移位輔具與操作技巧熟悉度有高度相關，請治療師務必協助確認教師/助理員操作狀況

(一) 輔具規格配置

建議轉位方式	建議輔具
<input type="checkbox"/> 站起移位	<input type="checkbox"/> 移位腰帶(<input type="checkbox"/> 含胯下帶/大腿環帶) <input type="checkbox"/> 移位轉盤 <input type="checkbox"/> 站立式移位機(<input type="checkbox"/> 人力型 <input type="checkbox"/> 電動型)
<input type="checkbox"/> 坐姿平移	<input type="checkbox"/> 移位腰帶(<input type="checkbox"/> 含胯下帶/大腿環帶) <input type="checkbox"/> 移位板 <input type="checkbox"/> 移位滑布
<input type="checkbox"/> 仰躺平移	<input type="checkbox"/> 移位滑布 <input type="checkbox"/> 躺式移位滑墊
<input type="checkbox"/> 使用懸吊式移位機 (電動移動式)	1. 移位機吊帶/裝置型式： <input type="checkbox"/> 坐式有頭部支撐 <input type="checkbox"/> 坐式無頭部支撐 <input type="checkbox"/> 如廁清潔型 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 2. 其他配件：_____

(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 協助提供學生於日常情境中進行轉移位之照片或影片資料	
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