

新北市政府教育局身心障礙學生教育輔助器材— 電腦輔具輔具評估報告 (E1)

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

1.

行走能力		
<input type="checkbox"/> 能在不平坦的地面 放手行走(分級-1)	<input type="checkbox"/> 平坦地面可放手行走(分級-2) <input type="checkbox"/> 扶持穩定物能自行行走(分級-3)	<input type="checkbox"/> 無法跨步行走 (分級-4a,4b,5)

站/坐 能力	
<input type="checkbox"/> 扶持穩定物能 自行站起(分級-4a)	<input type="checkbox"/> 無法站但可坐一般椅(分級-4b) <input type="checkbox"/> 無法坐一般椅需高椅背(分級-5)

2. 基本電腦操作能力(可複選)：☐無 ☐設備啟動/關閉 ☐網頁瀏覽 ☐文書處理 ☐專業軟體

3. 目前使用的電腦輔具：

(1) ☐目前無使用 (以下免填)

- 已使用：__年__月(尚未使用者免填) ☐使用年限不明
- 現有電腦輔具種類(可複選)：☐替代性滑鼠 ☐替代性鍵盤 ☐其他：
- 輔具來源：☐自購 ☐社政 ☐勞政 ☐教育 ☐其他：
- 目前使用情形：☐已損壞不堪修復，需更新
☐規格或功能不符使用者現在的需求，需更換
☐仍符合使用者現在之使用需求，無需購置
☐其他：_____

(2)目前主要照顧者：_____ 與個案關係：_____ 年齡：

是否能協助個案使用此輔具：☐是 ☐否

4. 身體功能與構造

輔具使用之相關診斷(可複選)：

☐腦性麻痺(GMFCS-Level_____) ☐肌肉萎縮症：_____ ☐染色體異常：
☐罕見疾病：_____ ☐腦傷 ☐腫瘤(部位：_____) ☐脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) ☐脊柱裂
☐頑性癲癇 ☐發展遲緩 ☐其他：

感覺知覺及認知功能評估：

視覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 無法施測	觸覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 無法施測
聽覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 無法施測		
視知覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 缺損(可複選)：(<input type="checkbox"/> 注視 <input type="checkbox"/> 追視 <input type="checkbox"/> 持續力 <input type="checkbox"/> 圖像辨認 <input type="checkbox"/> 完形		

<input type="checkbox"/> 主題背景辨識 <input type="checkbox"/> 深度覺) <input type="checkbox"/> 無法施測			
警醒度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 無法施測	注意力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 無法施測
認知能力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 缺損(可複選)： <input type="checkbox"/> 記憶力 <input type="checkbox"/> 概念形成 <input type="checkbox"/> 學習能力 <input type="checkbox"/> 無法施測		
溝通及語言能力：			
書寫 表達	<input type="checkbox"/> 複雜句 <input type="checkbox"/> 簡單句 <input type="checkbox"/> 圖像 <input type="checkbox"/> 符號	閱讀 理解	<input type="checkbox"/> 複雜句 <input type="checkbox"/> 簡單句 <input type="checkbox"/> 圖像 <input type="checkbox"/> 符號
坐姿平衡能力： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 雙手扶持尚可維持平衡 <input type="checkbox"/> 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向： <input type="checkbox"/> 不會倒 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方			
可有效執行輔具控制的肢體部位：(可複選，請評估兩個以上最佳操控部位)			
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 <input type="checkbox"/> 肩或肘		
下肢	<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 部位： <input type="checkbox"/> 腿或膝 <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腳趾		
頭頸及五官	<input type="checkbox"/> 下巴 <input type="checkbox"/> 臉頰 <input type="checkbox"/> 嘴 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 眼		
其他部位	請說明：		

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

操作姿勢與 擺位系統	<input type="checkbox"/> 坐姿	<input type="checkbox"/> 不需特殊設備調整 桌子： <input type="checkbox"/> 可調角度 <input type="checkbox"/> 桌板 <input type="checkbox"/> 升降桌(詳見評估建議書) 椅子： <input type="checkbox"/> 靠背 <input type="checkbox"/> 扶手 <input type="checkbox"/> 擺位椅 <input type="checkbox"/> 輪椅(詳見評估建議書) <input type="checkbox"/> 其他：	
	<input type="checkbox"/> 平躺姿 <input type="checkbox"/> 趴姿 <input type="checkbox"/> 側躺 <input type="checkbox"/> 其他：	床： <input type="checkbox"/> 一般床 <input type="checkbox"/> 居家用照護床 擺位配件： <input type="checkbox"/> 側躺板 <input type="checkbox"/> 楔型板 <input type="checkbox"/> 床上桌 <input type="checkbox"/> 床邊桌 <input type="checkbox"/> 其他：	
主機/ 顯示器	<input type="checkbox"/> 桌上型主機/螢幕 <input type="checkbox"/> 桌上液晶螢幕 <input type="checkbox"/> 筆記型電腦 <input type="checkbox"/> 觸控螢幕電腦 <input type="checkbox"/> 裝設懸吊式螢幕/鍵盤 <input type="checkbox"/> 其他：		
輔助輸出 介面	<input type="checkbox"/> 不需特殊調整 <input type="checkbox"/> 輸出軟體調整： <input type="checkbox"/> 視窗放大鏡(倍率：___) <input type="checkbox"/> 調整螢幕亮度 <input type="checkbox"/> 使用高對比 <input type="checkbox"/> 調整游標/圖示/字型大小 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 視障用螢幕報讀軟體(詳見評估建議書) <input type="checkbox"/> 視障用視訊放大軟體(詳見評估建議書) <input type="checkbox"/> 其他：		
電腦輔具建議			
滑鼠功能			
功能	身體操控部位	電腦輔具型式/功能	建議規格
游標移動	<input type="checkbox"/> 上 肢 :	<input type="checkbox"/> 一般滑鼠 <input type="checkbox"/> 無線滑鼠 <input type="checkbox"/> 鍵盤鍵替代 <input type="checkbox"/> 替代性滑鼠： <input type="checkbox"/> 軌跡球 <input type="checkbox"/> 搖桿 <input type="checkbox"/> 觸控板 <input type="checkbox"/> 滑輪 <input type="checkbox"/> 多個單鍵開關 <input type="checkbox"/> 單鍵開關切換/掃描 <input type="checkbox"/> 可外接開關操作 <input type="checkbox"/> 紅外線滑鼠 <input type="checkbox"/> 吹吸嘴控滑鼠 <input type="checkbox"/> 眼控滑鼠 <input type="checkbox"/> 其他：	
	<input type="checkbox"/> 下 肢 :		
	<input type="checkbox"/> 頭 頸 :		
	<input type="checkbox"/> 五 官 :		
	<input type="checkbox"/> 其 他 :		

	<input type="checkbox"/> 其 他 :		
左鍵/右鍵/ 左鍵兩次/ 拖曳/捲軸 等	<input type="checkbox"/> 上 肢 :	<input type="checkbox"/> 一般滑鼠 <input type="checkbox"/> 無線滑鼠 <input type="checkbox"/> 替代性滑鼠： <input type="checkbox"/> 多個單鍵開關 <input type="checkbox"/> 單鍵開關切換/掃描 <input type="checkbox"/> 可外接開關操作 <input type="checkbox"/> 吹吸嘴控滑鼠 <input type="checkbox"/> 螢幕滑鼠(左鍵/右鍵/左鍵兩次/拖曳/捲軸功能) <input type="checkbox"/> 其他：	
	<input type="checkbox"/> 下 肢 :		
	<input type="checkbox"/> 頭 頸 :		
	<input type="checkbox"/> 五 官 :		
	<input type="checkbox"/> 其 他 :		

鍵盤功能

功能	身體操控部位	電腦輔具型式/功能	建議規格
<input type="checkbox"/> 打字鍵 <input type="checkbox"/> 功能鍵 (F1~F12) <input type="checkbox"/> 數字鍵 <input type="checkbox"/> 編 輯 鍵 (方向鍵/跳 離鍵/刪除 鍵/上下頁 鍵等)	<input type="checkbox"/> 上 肢 : <input type="checkbox"/> 下 肢 : <input type="checkbox"/> 頭 頸 : <input type="checkbox"/> 五 官 : <input type="checkbox"/> 其 他 :	<input type="checkbox"/> 一般鍵盤 <input type="checkbox"/> 無線鍵盤 <input type="checkbox"/> 替代性鍵盤： <input type="checkbox"/> 鍵盤按鍵內嵌(鍵盤護框) <input type="checkbox"/> 迷你鍵盤(按鍵操作區之長軸<20公分) <input type="checkbox"/> 按鍵加大鍵盤(鍵帽之短邊長或直徑>2.5公分) <input type="checkbox"/> 組合鍵盤(可自行設定按鍵位置或功能) <input type="checkbox"/> 可外接開關操作 <input type="checkbox"/> 螢幕鍵盤(可自行設定按鍵位置或功能或具鍵盤掃描 功能) <input type="checkbox"/> 其他：	

2. 建議廠牌型號：_____（提供學校取得估價單之參考，主要還是以功能規格為主）

3. 其他建議事項：

四、照片或影片資料

請將錄影檔案存放之網址利用「QR Code 條碼產生器」貼在下方，供審查委員參閱

拍攝日期		
項目	目前使用電腦照片、影片 (含周邊環境設備擺設)	試用照片、影片
照片		
影片 QR Code		

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：_____

評估日期：_____年_____月_____日（專業人員電話供審查有疑義時聯絡確認需求）