

基本資料：

評估日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

1. 姓名：\_\_\_\_\_ 2. 性別：男 女  
3. 身分證字號：\_\_\_\_\_ 4. 生日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
5. 診斷：\_\_\_\_\_

6. 寄送地址：\_\_\_\_\_

7. 障礙級別：無身心障礙證明 輕度 中度 重度 極重度

8-1. 是否領有身心障礙證明：無 有

8-2. (舊制)身心障礙手冊類別：

- 肢體障礙：上肢(手) 下肢(腳) 軀幹 四肢  
視覺障礙 聽覺機能障礙 平衡機能障礙 聲音或語言機能障礙  
智能障礙 重要器官失去功能 顏面損傷者 植物人 失智症  
自閉症 慢性精神病患者 頑性(難治型)癲癇症  
多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：\_\_\_\_\_  
經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙  
其他經中央主管機關認定之身心障礙類別：染色體異常 先天代謝異常  
其他先天缺陷

8-3. (新制)身心障礙分類系統：

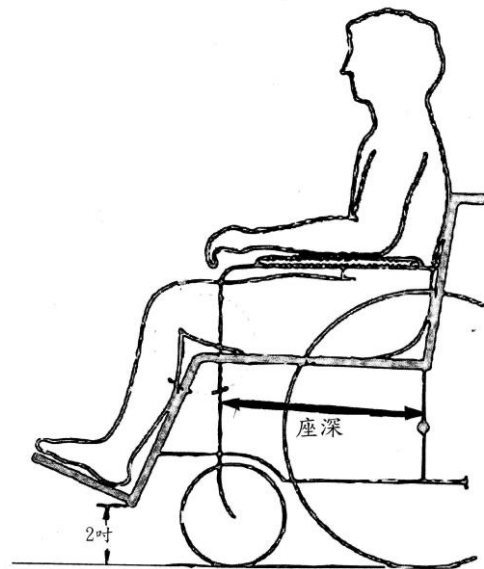
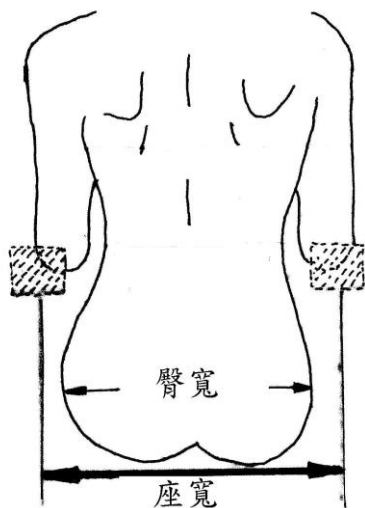
- 神經系統構造及精神、心智功能 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛  
涉及聲音與言語構造及其功能 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能  
消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能  
泌尿與生殖系統相關構造及其功能 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能  
皮膚與相關構造及其功能

使用評估：

1. 使用目的與活動需求(可複選)：日常生活 醫療 就學 就業 休閒與運動  
2. 輔具使用環境(可複選)：室內 戶外 居家使用 機構或學校使用  
社區或公園 其他：  
3. 輔具操控能力：無自行推動輪椅能力 可自行推動輪椅 具良好輪椅操控能力

特製輪椅規格

1. 人體測量 身高：\_\_\_\_\_公分 體重：\_\_\_\_\_公斤  
2. 坐姿平衡 良好 雙手扶持尚可維持平衡 雙手扶持難以維持平衡  
3. 感覺 正常 異常  
4. 壓瘡部位 無 有，大小\_\_\_\_\_公分 × \_\_\_\_\_公分，位置：\_\_\_\_\_  
5. 輪椅尺寸量測：  
座寬：16吋 18吋 座深：16吋



座寬=測量臀部最寬的部分加1~2吋

座深=測量臀至膝窩長度減1吋

6. 特製輪椅類型：	小腿靠	可拆腳踏板	升降腳踏板	扶手形式	扶手樣式
<input type="checkbox"/> 不銹鋼特製輪椅(活動踏板)	X	●	X		
<input type="checkbox"/> 不銹鋼特製輪椅(升撥腳靠)	●	●	●		
<input type="checkbox"/> 不銹鋼截肢型特製輪椅 (輪椅重心後移)	●	●	●		
<input type="checkbox"/> 不銹鋼高背特製輪椅	X	●	X		
<input type="checkbox"/> 不銹鋼高背骨科特製輪椅	●	●	●		
<input type="checkbox"/> 不銹鋼加重型特製輪椅	X	●	X		
<input type="checkbox"/> 不銹鋼加寬加重型特製輪椅 (座寬20吋以上，體重100公斤以上)	X	●	X		
<input type="checkbox"/> 不銹鋼加寬加重型輪椅 (座寬20吋以上，體重100公斤以上)	X	X	X	固定式	全長式
<input type="checkbox"/> 鋁合金特製輪椅(活動踏板)	X	●	X		
<input type="checkbox"/> 鋁合金高背特製輪椅 後輪尺寸： <input type="checkbox"/> 14吋 <input type="checkbox"/> 20吋	●	●	●		
<input type="checkbox"/> 其他(請詳述)：					

註：上述特製輪椅座深都為16吋、後輪型式都為實心胎。

●為有此功能、X為無此功能、空白為可選配。

7. 特製輪椅配件規格：

- |                               |                              |                                |                                    |
|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 扶手形式 | <input type="checkbox"/> 固定式 | <input type="checkbox"/> 後掀式   | <input type="checkbox"/> 全拆式       |
| <input type="checkbox"/> 扶手樣式 | <input type="checkbox"/> 全長式 | <input type="checkbox"/> 近桌式扶手 |                                    |
| <input type="checkbox"/> 輪圈型式 | <input type="checkbox"/> 一般型 | <input type="checkbox"/> 波浪型   | <input type="checkbox"/> 加裝凸把(蓮花輪) |
| <input type="checkbox"/> 附加桌板 | <input type="checkbox"/> 有   | <input type="checkbox"/> 無     |                                    |

評估單位：

評估人員：

職稱：

評估日期：

評估單位用印

註：本表由復健科醫師、骨科醫師、神經科醫師、身障醫療相關科別醫師、物理治療、職能治療專業醫事人員填具。