

醫療輔具評估報告

醫療輔具項目名稱：壓力衣

一、基本資料

1. 姓名：	2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 身分證字號：	4. 生日： 年 月 日
5. 戶籍地： 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
6. 聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地(下列免填) 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
7. 障礙證明類別： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
<input type="checkbox"/> 神經系統構造及精神、心智功能	
<input type="checkbox"/> 意識功能 <input type="checkbox"/> 智力功能 <input type="checkbox"/> 整體心理社會功能 <input type="checkbox"/> 整體心理功能：發展遲緩	
<input type="checkbox"/> 注意力功能 <input type="checkbox"/> 記憶功能 <input type="checkbox"/> 心理動作功能 <input type="checkbox"/> 情緒功能 <input type="checkbox"/> 思想功能	
<input type="checkbox"/> 高階認知功能 <input type="checkbox"/> 語言功能 <input type="checkbox"/> 閱讀功能 <input type="checkbox"/> 書寫功能	
<input type="checkbox"/> 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	
<input type="checkbox"/> 視覺功能 <input type="checkbox"/> 聽覺功能 <input type="checkbox"/> 平衡功能	
<input type="checkbox"/> 涉及聲音與言語構造及其功能	
<input type="checkbox"/> 嗓音功能 <input type="checkbox"/> 構音功能 <input type="checkbox"/> 言語功能的流暢和節律 <input type="checkbox"/> 口結構 <input type="checkbox"/> 咽結構	
<input type="checkbox"/> 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	
<input type="checkbox"/> 心臟功能 <input type="checkbox"/> 血管功能 <input type="checkbox"/> 血液系統功能 <input type="checkbox"/> 呼吸功能 <input type="checkbox"/> 呼吸系統結構	
<input type="checkbox"/> 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	
<input type="checkbox"/> 攝食功能 <input type="checkbox"/> 胃結構 <input type="checkbox"/> 腸道結構 <input type="checkbox"/> 肝臟功能	
<input type="checkbox"/> 泌尿與生殖系統相關構造及其功能	
<input type="checkbox"/> 尿液排泄功能 <input type="checkbox"/> 排尿功能	
<input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	
<input type="checkbox"/> 關節移動的功能 <input type="checkbox"/> 肌肉力量功能 <input type="checkbox"/> 肌肉張力功能 <input type="checkbox"/> 不隨意動作功能	
<input type="checkbox"/> 上肢結構 <input type="checkbox"/> 下肢結構 <input type="checkbox"/> 軀幹	
<input type="checkbox"/> 皮膚與相關構造及其功能	
<input type="checkbox"/> 皮膚保護功能 <input type="checkbox"/> 皮膚其他功能 <input type="checkbox"/> 皮膚區域結構	
8. 障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	
9. 聯絡人：姓名： 與身心障礙者關係： 聯絡電話：	
10. 居住情況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與親友同住 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 其他：_____	

二、使用評估

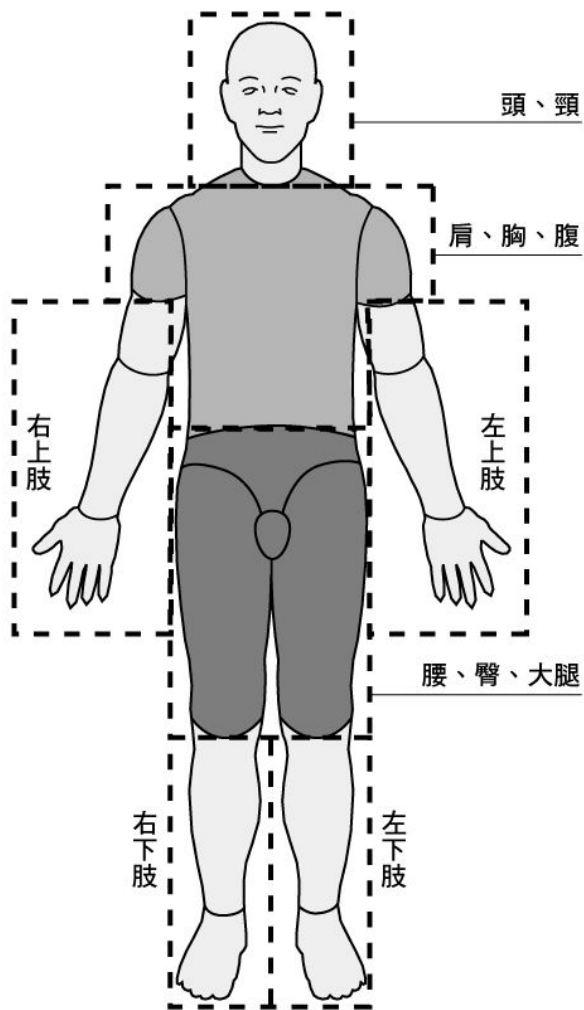
1. 醫療輔具使用現況：

- (1)目前使用的壓力衣已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) 使用年限不明
- (2)目前使用的壓力衣來源：自購 社政 勞政 教育 其他：_____
- (3)目前使用情形：
- 尚未使用醫療輔具
- 已損壞不堪修復，需重製
- 規格或功能不符現在使用需求，需重製
- 部份零件損壞或需要調整，可進行修復或調整
- 符合使用者現在使用需求，無需購置
- 其他：_____

2. 身體功能與構造：

- (1)醫療輔具使用之相關診斷：
- 燒燙傷 皮膚損傷：_____ 身體腫瘤：_____ 循環障礙：_____
- 其他：_____
- (2)需使用壓力衣之疤痕位置：

疤痕位置	
頭頸	頭部： <input type="checkbox"/> 前額 <input type="checkbox"/> 眼部 <input type="checkbox"/> 鼻子 <input type="checkbox"/> 口部 <input type="checkbox"/> 耳朵 <input type="checkbox"/> 面頰 <input type="checkbox"/> 下巴 <input type="checkbox"/> 頭頂 <input type="checkbox"/> 後枕部 頸部： <input type="checkbox"/> 前面 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 後面
肩胸腹背	<input type="checkbox"/> 左肩部 <input type="checkbox"/> 右肩部 <input type="checkbox"/> 胸廓部 <input type="checkbox"/> 中腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 上半背 <input type="checkbox"/> 下半背 <input type="checkbox"/> 左側腰 <input type="checkbox"/> 右側腰
左上肢	<input type="checkbox"/> 上臂 <input type="checkbox"/> 肘部 <input type="checkbox"/> 前臂 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手背 <input type="checkbox"/> 手掌 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 虎口
右上肢	<input type="checkbox"/> 上臂 <input type="checkbox"/> 肘部 <input type="checkbox"/> 前臂 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手背 <input type="checkbox"/> 手掌 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 虎口
腰臀大腿	左側： <input type="checkbox"/> 鼠蹊 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 大腿前 <input type="checkbox"/> 大腿後 <input type="checkbox"/> 大腿內 <input type="checkbox"/> 大腿外 右側： <input type="checkbox"/> 鼠蹊 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 大腿前 <input type="checkbox"/> 大腿後 <input type="checkbox"/> 大腿內 <input type="checkbox"/> 大腿外
左下肢	<input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 小腿前 <input type="checkbox"/> 小腿後 <input type="checkbox"/> 踝 <input type="checkbox"/> 腳背 <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腳指
右下肢	<input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 小腿前 <input type="checkbox"/> 小腿後 <input type="checkbox"/> 踝 <input type="checkbox"/> 腳背 <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腳指



請依損傷部位勾選

頭頸

肩胸腹背

左上肢

右上肢

腰臀大腿

左下肢

右下肢

三、規格配置建議

款式	特殊說明
<input type="checkbox"/> 頭套 <input type="checkbox"/> 全罩 <input type="checkbox"/> 半罩 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意：_____ <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 上衣 <input type="checkbox"/> 長袖 <input type="checkbox"/> 短袖 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意：_____ <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 褲子 <input type="checkbox"/> 長褲 <input type="checkbox"/> 短褲 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意：_____ <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 袖套	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意：_____ <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 手套 <input type="checkbox"/> 有指 <input type="checkbox"/> 無指 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意：_____ <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 腿套	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意：_____ <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 腳套 <input type="checkbox"/> 有指 <input type="checkbox"/> 無指 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意：_____ <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 頸圍 <input type="checkbox"/> 厚 <input type="checkbox"/> 薄 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無特別建議	<input type="checkbox"/> 有傷口需注意：_____ <input type="checkbox"/> 需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他

四、總結

1. 壓力衣之建議：建議使用
不建議使用，理由：_____
2. 壓力衣配件之建議其他輔具配合需求：
內襯墊，位置：_____
- 矽膠片，位置：_____
- 鼻管 擴嘴器 耳朵副木 透明壓力面膜
- 其他：_____
3. 是否需接受醫療輔具操作訓練：
需要：(穿著方式 洗滌保養 水腫觀察 傷口觀察 疤痕觀察)
- 不需要
4. 其他建議事項：_____
5. 是否需要安排追蹤時間：需要 不需要

評估單位用印

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

五、檢核與追蹤紀錄

1. 醫療輔具使用結果是否符合原處方醫療輔具：
完全符合
- 功能、形式與原處方符合，部分規格及零件略有出入，但大致符合
- 功能、形式與原處方有顯著差異，不符原處方精神
- 其他：_____
2. 修改、調整與使用訓練：
無須修改與調整
- 經修改調整後以符合使用需求
- 建議配合使用訓練以期能安全操作
- 不堪使用，需重新製作

檢核單位用印

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____