

桃園市醫療輔具評估報告

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： 市 區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 街 號 樓 室	
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 街 號 樓 室	
7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
7-2. 舊制 身心障礙手冊類別：	
<input type="checkbox"/> 肢體障礙： <input type="checkbox"/> 上肢(手) <input type="checkbox"/> 下肢(腳) <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 四肢	
<input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 聲音或語言機能障礙	
<input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 顏面損傷者 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症	
<input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神病患者 <input type="checkbox"/> 頑性(難治型)癲癇症	
<input type="checkbox"/> 多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____	
<input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙	
<input type="checkbox"/> 其他經中央主管機關認定之身心障礙類別： <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 先天代謝異常	
<input type="checkbox"/> 其他先天缺陷	
7-3. 新制 身心障礙證明類別：	
<input type="checkbox"/> 第1類(神經系統構造及精神、心智功能) <input type="checkbox"/> 第2類(眼、耳及相關構造與感官功能)	
<input type="checkbox"/> 第3類(涉及聲音與言語構造及其功能) <input type="checkbox"/> 第8類(皮膚與相關構造及其功能)	
<input type="checkbox"/> 第4類(循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能)	
<input type="checkbox"/> 第5類(消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能)	
<input type="checkbox"/> 第6類(泌尿與生殖系統相關構造及其功能)	
<input type="checkbox"/> 第7類(神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能)	
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. 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：_____	
10. 聯絡人姓名：_____ 與身心障礙者關係：_____	
聯絡電話：_____ 行動電話：_____	

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

規格或功能不符現在使用需求，需重製

已損壞不堪修復，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：_____

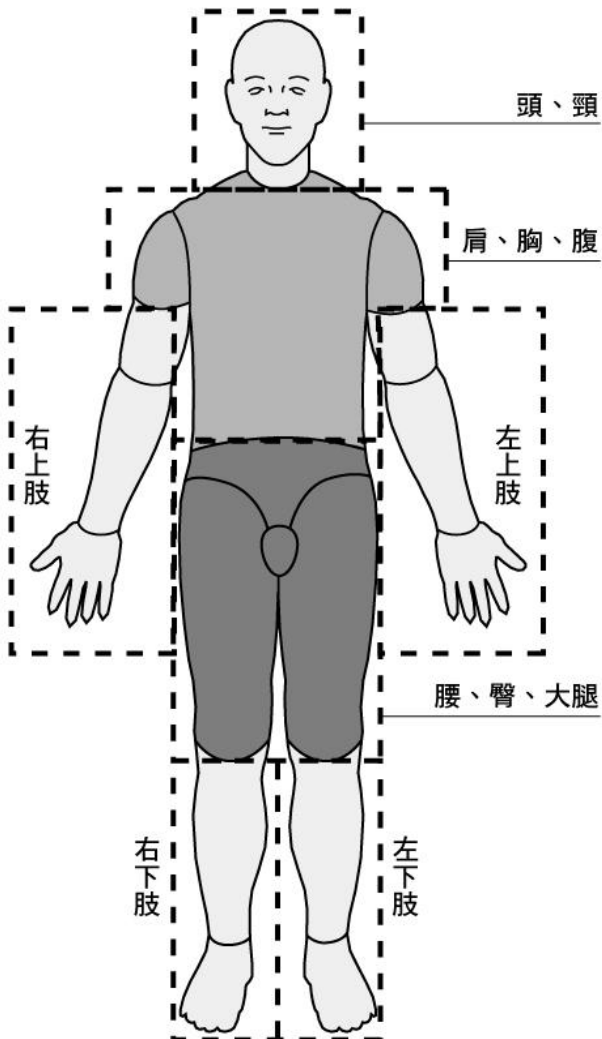
2. 身體功能與構造：

(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
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
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
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
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
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



請依損傷部位勾選

- 頭頸
- 肩胸腹背
- 右上肢
- 左上肢
- 腰臀大腿
- 右下肢
- 左下肢

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"/> 頸圈 <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：_____
評估人員：_____ 職稱：_____
評估日期：_____

評估機構關防

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：_____
檢核人員：_____ 職稱：_____
檢核日期：_____

檢核機構關防