

輔具評估報告書

輔具項目名稱：訂作內置之鞋墊

1131218 修

一、基本資料

- 1.姓名： 2.身分證字號： 3.生日： 年 月 日
- 4.聯絡人姓名： 與個案關係： 聯絡電話：
- 5.戶籍地址：
- 6.居住地址(□同戶籍地)：
- 7.聯絡(公文寄送)地址(□同戶籍地 □同居住地)：
- 8.是否領有身心障礙證明：□無 □有
- 9.身心障礙類別(可複選)：□第一類 □第二類 □第三類 □第四類 □第五類 □第六類
□第七類 □第八類 □其他：
- 10.身心障礙程度分級：□輕度 □中度 □重度 □極重度

二、使用評估

1. 與輔具使用之相關診斷(至多三項)：

- a. 肌肉骨骼系統常見疾病：□足部變形 □骨折 □關節炎 □截肢 □肌肉病變 □其他____
- b. 神經系統常見疾病：□中風 □周圍神經病變 □腦性麻痺或發展遲緩 □小兒麻痺 □其他____
- c. 循環系統常見疾病：□心血管疾病 □腎病變 □周邊血管疾病 □視網膜病變 □其他____

2. 人體測量

身高：_____公分 體重：_____公斤

A. 全足長(公分)：左 _____，右 _____

B. 蹠跟距(公分)：左 _____，右 _____

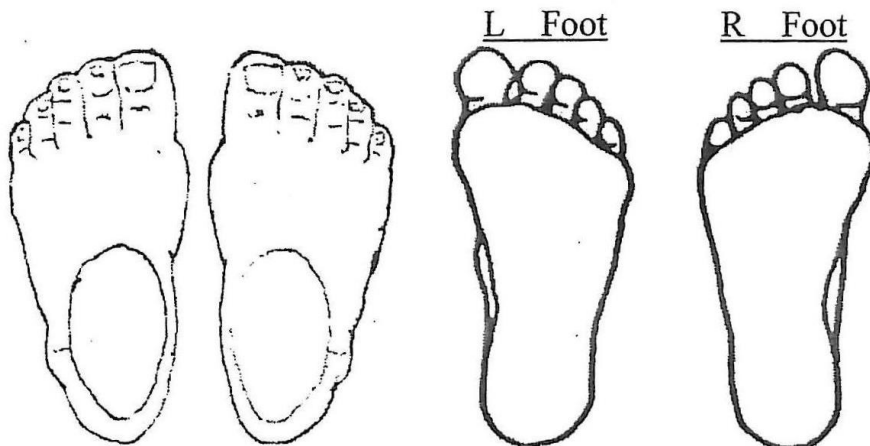
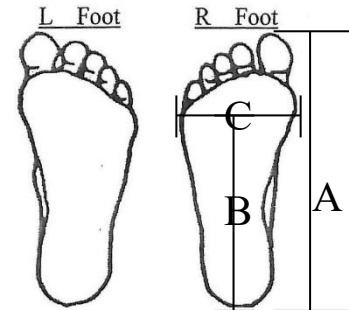
C. 前足寬(公分)：左 _____，右 _____

D. 前足周徑(公分)：左 _____，右 _____

E. 雙下肢長度：□等長 □左/右側，短 _____公分

F. 足部痛點：□無 □有，疼痛狀況及程度描述 _____

G. 足部皮膚狀況：□足繭 □雞眼 □紅腫 □傷口 □浸漬 □異常乾燥，描述或畫記部位於下圖。



3. 足部變型位置

左	右
<input type="checkbox"/> 前足： <input type="checkbox"/> 內旋 <input type="checkbox"/> 外旋 <input type="checkbox"/> 中足： <input type="checkbox"/> 內塌扁平 <input type="checkbox"/> 外旋空凹 <input type="checkbox"/> 後跟： <input type="checkbox"/> 內翻 <input type="checkbox"/> 外翻 <input type="checkbox"/> 大腳趾外翻 <input type="checkbox"/> 小腳趾內翻 <input type="checkbox"/> 變型趾_____ <input type="checkbox"/> 部份缺損_____ <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 前足： <input type="checkbox"/> 內旋 <input type="checkbox"/> 外旋 <input type="checkbox"/> 中足： <input type="checkbox"/> 內塌扁平 <input type="checkbox"/> 外旋空凹 <input type="checkbox"/> 後跟： <input type="checkbox"/> 內翻 <input type="checkbox"/> 外翻 <input type="checkbox"/> 大腳趾外翻 <input type="checkbox"/> 小腳趾內翻 <input type="checkbox"/> 變型趾_____ <input type="checkbox"/> 部份缺損_____ <input type="checkbox"/> 其他_____

4. 足踝關節活動度

<input type="checkbox"/> 正常： <input type="checkbox"/> 受限：左_____ ~ _____度，右_____ ~ _____度 <input type="checkbox"/> 僵硬：左_____度，右_____度

5. 下肢異常

左	右
<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 關節攣縮 <input type="checkbox"/> 膝後屈 <input type="checkbox"/> X型腿 <input type="checkbox"/> O型腿 <input type="checkbox"/> 外八字 <input type="checkbox"/> 內八字 <input type="checkbox"/> 髖關節脫臼 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 關節攣縮 <input type="checkbox"/> 膝後屈 <input type="checkbox"/> X型腿 <input type="checkbox"/> O型腿 <input type="checkbox"/> 外八字 <input type="checkbox"/> 內八字 <input type="checkbox"/> 髖關節脫臼 <input type="checkbox"/> 其他_____

6. 行走能力

<input type="checkbox"/> 無法行走 <input type="checkbox"/> 需要步行輔具協助行走，輔具種類： <input type="checkbox"/> 可獨立在平滑地面行走 <input type="checkbox"/> 可行走不平地面 <input type="checkbox"/> 可跑跳
--

7. 步態觀察：(例如：步態緩慢、身軀偏移、足部無法著地、下肢肌腱協調異常、足部著地週期異常…等)

正常

不正常，描述：_____

三、規格配置及鞋墊功能建議

1. 鞋墊規格配置

配置位置	<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 雙側
功能	<input type="checkbox"/> 減緩痛點疼痛 <input type="checkbox"/> 矯正/適應變型 <input type="checkbox"/> 提供支撐 <input type="checkbox"/> 改善下肢異常 <input type="checkbox"/> 改善行走能力 <input type="checkbox"/> 降低過高的足底壓力 <input type="checkbox"/> 提供或增加穩定
形式	<input type="checkbox"/> 全足長 <input type="checkbox"/> 3/4長式 <input type="checkbox"/> 全足長或3/4長式

成型主材質	<input type="checkbox"/> 軟發泡材質 <input type="checkbox"/> 硬發泡材質 <input type="checkbox"/> 高溫熱塑板
墊片應用	左： <input type="checkbox"/> 內側 <input type="checkbox"/> 外側： <input type="checkbox"/> 前足 <input type="checkbox"/> 後跟 <input type="checkbox"/> 全足長_____mm <input type="checkbox"/> 其他_____
	右： <input type="checkbox"/> 內側 <input type="checkbox"/> 外側： <input type="checkbox"/> 前足 <input type="checkbox"/> 後跟 <input type="checkbox"/> 全足長_____mm <input type="checkbox"/> 其他_____

2. 是否需要安排追蹤時間：需要 不需要

3. 其他建議事項：_____

四、補助建議【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】

訂作內置之鞋墊之建議：

建議使用，補充說明：_____

訂作內置之鞋墊：左側 右側 雙側

不建議使用，理由：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

