**（附件一）**

**桃園市112年度第2梯次身心障礙學生輔具資源工作**

**輔具需求及相關專業人員意見表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **就 讀 學 校** |  | **年級** | □學前:□大班□中班□小班□幼幼班□國小:\_\_\_\_\_\_\_\_\_年級□國中:□七年級□八年級□九年級□高中:\_\_\_\_\_\_\_\_\_年級 |
| **學 生 姓 名** |  | **出 生 日 期** |  年 月 日 |
| **身分證字號** |  | **性 別** |  □男 □女 |
| **鑑定紀錄**  | □經鑑定之確認生(特教類別: ，鑑定文號:府教特字第 號)□經鑑定之疑似生(特教類別: ，鑑定文號:府教特字第 號) □有身心障礙手冊(證明)，障礙類別: ，障礙程度:  |
| **特教安置班型** | □普通班 □資源班 □集中式特教班(□啟智 □啟聰 □學前不分類) □巡迴班 (□不分類 □視障 □聽障 □在家教育) □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **輔具借用狀況** | □曾向本市特教中心申請借用過輔具（請續寫下列各欄位資料）□未曾向本市特教中心申請借用輔具（請直接跳寫背面第二部分資料） |
| **第一部分：學生借用輔具之使用情形** |
|  **(1)曾申請借用、目前已歸還:**

|  |  |
| --- | --- |
| **輔具名稱** | **歸還原因** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 **(2)目前借用中:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **輔具編號** | **輔具名稱** | **輔具使用現況** |
|  |  | □適用，符合學生需求□不適用，需重新評估　說明：　　　　　　　　　　　 |
|  |  | □適用，符合學生需求□不適用，需重新評估　說明：　　　　　　　　　　　 |
|  |  | □適用，符合學生需求□不適用，需重新評估　說明：　　　　　　　　　　　 |

 |

|  |
| --- |
| **第二部分：相關專業人員意見說明** |
| **建議申請輔具****之專業人員** | 職稱:□醫師 □物理治療師□職能治療師□語言治療師□學校教師□其他(請說明): 姓名: 服務單位:  |
| **建議內容****(請說明)** |  |
| **輔具未來使用****環境**（得複選） | □校園內：□普通班教室，設置於 樓；□集中式特教班，設置於 樓； □資源班教室，設置於 樓；□專科/科任教室，設置於 樓； □體育館，設置於 樓； □其他，請說明：　　　　 　　□置於家中使用（限在家教育學生） □其他環境(請說明):  |
| **第三部分：本次輔具申請需求** |
| **□ 肢多障類:**(請勾選擬增加功能或輔具名稱)  □學習類：□特製課桌椅□閱讀架 □特製輸入工具□其他: □行動類：□特製輪椅 □電動輪椅□助行器 □其他: □擺位類：□擺位椅 □站立架 □其他:身高：　　　公分；體重：　　　公斤；自行操作輔具能力：□可以□需他人協助目前能力描述：頭部控制：□正常 □偶可維持頭部正中位置但控制不佳或耐力不足 □完全無法控制坐姿平衡：□良好 □雙手扶持尚可維持平衡 □雙手扶持難以維持平衡站起：□不用手即可站起 □用手協助站起 □沒有協助無法站起站起前的嘗試次數：□一次即站起 □超過一次才站起 □沒有協助無法站起站立起5秒內平衡：□無需支撐仍穩固□需支撐才穩固□完全無法站立平衡站立平衡：□窄底面無需支撐□寬底面(腳跟內側距離＞10公分)但不需其他支撐 □寬底面(腳跟內側距離＞10公分)且需其他支撐□不穩行走能力：□正常□協助下短距離行走或耐力不佳□大量協助下可跨步□完全無法跨步

|  |  |
| --- | --- |
| **坐姿輔具(如*特製輪椅、擺位椅*…等)** | **站姿輔具(如*站立架、助行器*…等)** |
| 身高：\_\_\_\_\_\_\_cm／體重：\_\_\_\_\_\_\_\_kg | 身高：\_\_\_\_\_\_\_cm／體重：\_\_\_\_\_\_\_\_kg |
| 1. 背高：\_\_\_\_\_\_\_cm(不含脖子以上)
2. 臀寬：\_\_\_\_\_\_\_cm
3. 臀至膝窩長：\_\_\_\_\_\_\_cm
4. 膝窩至腳底：\_\_\_\_\_\_\_cm(不含鞋高)

ABCD配件需求：□頭靠□側支撐□胸帶□骨盆帶 □分腿器 □小腿靠帶 □小腿綁帶 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1. 腋下高：\_\_\_\_\_cm (E)肩寬：\_\_\_\_\_cm
2. 手肘高：\_\_\_\_\_cm (F)胸寬：\_\_\_\_\_cm
3. 膝關節：\_\_\_\_\_cm (G)臀寬：\_\_\_\_\_cm

(D)大轉子高：\_\_\_\_\_cm(H)腳底：\_\_\_\_\_cm**A****B****C****D****E****F****G****H** |

 |
| **□ 聽障類:助聽器調頻系統**（需自備個人助聽器）請填寫個人助聽器／電子耳資料:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 項目 | 助聽器 | 人工電子耳 |
| 耳掛式 | 耳內式 | 其他 | 耳掛式 | 體配式 |
| 左耳 | 樣式 | □ | □ | □\_\_\_ | □ | □ |
| 廠牌 |  |  |
| 型號 |  |  |
| 右耳 | 樣式 | □ | □ | □\_\_\_ | □ | □ |
| 廠牌 |  |  |
| 型號 |  |  |

 助聽器最近保養日期： 功能是否正常：□是 □否：請敘明\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 若為電子耳，請敘明：開刀日期：\_\_\_\_\_\_ 開頻日期：\_\_\_\_\_\_\_ 開頻後使用情形：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **□視障類輔具**，名稱： **□溝通類**，名稱： **□其他類輔具**，名稱：  |
| **填表人員職稱** | □特教班教師 □普通班教師□醫師 □資源班老師□物理治療師 □職能治療師□語言治療師 □行政教師□其他： | **填表人員簽名** |  |

學校/幼兒園業務承辦人： 單位主任： 校長/園長：

 承辦人聯絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 分機：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_