

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號： 9

輔具項目名稱：助聽器

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：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
9.身心障礙類別(可複選)：	<input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 第四類 <input type="checkbox"/> 第五類 <input type="checkbox"/> 第六類 <input type="checkbox"/> 第七類 <input type="checkbox"/> 第八類 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
10.身心障礙程度分級：	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度				

二、活動需求與情境評估

- 活動需求表達者：個案本人 個案之：_____ (是否能協助個案使用輔具：是 否)
- 預計使用的場合(可複選)：居家室內 醫療及照顧機構 教育與學習 工作與就業
休閒與運動 交通運輸 消費與理財 文化活動 其他：_____
- 使用環境特性(可複選)：安靜環境 噪音環境 複雜聲音環境 其他：_____
- 人力支持情況(可複選)：獨居 有同住者 有專業人力協助：_____ 其他：_____
- 聽力史及聽覺輔具使用經驗：
(1)發現聽損時的年齡：無法追朔 0~5歲 6~17歲 18~64歲 65歲以上
其他：_____

(2)主要溝通(表達)模式：口語 口手語 手語 筆談 其他：_____

(3)目前使用的右耳聽覺輔具(尚未使用者免填)：

A. 輔具種類：輔聽器 人工電子耳 助聽器 其他：_____

B. 輔具來源：政府補助：身障 長照 職災 職再 教育 榮民 健保

其他：_____

二手輔具：租借 媒合

自購

其他：_____

C. 已使用約：_____年 使用年限不明

D. 使用情形：已損壞不堪修復，需更新

規格或功能不符使用者現在的需求，需更換

適合繼續使用，但需要另行購置於不同情境使用

適合繼續使用，無需更換

其他：_____

(4)目前使用的左耳聽覺輔具(尚未使用者免填):

A. 輔具種類: 輔聽器 人工電子耳 助聽器 其他: _____

B. 輔具來源: 政府補助: 身障 長照 職災 職再 教育 榮民 健保

其他: _____

二手輔具: 租借 媒合

自購

其他: _____

C. 已使用約: _____年 使用年限不明

D. 使用情形: 已損壞不堪修復, 需更新

規格或功能不符使用者現在的需求, 需更換

適合繼續使用, 但需要另行購置於不同情境使用

適合繼續使用, 無需更換

其他: _____

(5)其他目前使用的聽覺輔具配置方式及使用情形(尚未使用者免填):

三、身體功能與構造及輔具使用相關評估

1. 醫療轉介需求:

無醫療轉介需求

甫完成相關醫療處置, 耳部及聽覺功能狀態穩定

□評估聽覺輔具需求前，應先完成相關醫療處置。轉介原因(可複選)：

□耳部可見先天性或外傷性畸形

□過去 90 天之內發生耳漏病史

□過去 90 天之內發生突發性聽損或聽力快速惡化

□急性或慢性眩暈

□過去 90 天之內發生單側聽損或突發性單側聽損

□500 Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz 氣骨導差均達到或超過 15 dB

□耳道可見明顯的耵聍堆積或異物

□耳朵疼痛不適

2. 裸耳聽覺功能評估：

(1)純音聽力檢查結果：沿用三個月內報告資料，施測院所：_____ 施測日期：_____

頻率 (Hz)	250	500			1,000			2,000			4,000			6,000
項目	ACT	ACT	BCT	UCL	ACT	BCT	UCL	ACT	BCT	UCL	ACT	BCT	UCL	ACT
右耳														
左耳														
聲場														

右耳氣導聽閾平均值：_____分貝、左耳氣導聽閾平均值：_____分貝、

聲場聽閾平均值：_____分貝

※縮寫說明：ACT 氣導閾值、BCT 骨導閾值、UCL 不舒適響度

※未施測及無法施測之欄位以「DNT」及「CNT」填寫

※儀器最大輸出施測仍無行為反應之欄位，填寫最大施測音量並加註「NR」文字。

※僅符合第二類：【b210】、【s220】或【01】中度以上(中度以上視覺障礙者)之申請補助對象
應填寫 500Hz、1,000Hz、2,000Hz 及 4,000Hz 之聽閾平均值，其餘免填

(2)語音聽力檢查結果(此項檢查視情況決定是否需評估)：

	聽辨閾值(SRT)	最適音量之字詞辨識率 (WDS @ MCL)	其他
右耳	dB HL	% @ dB HL	
左耳	dB HL	% @ dB HL	
聲場	dB HL	% @ dB HL	

請補充說明測驗方式 / 判讀意義等相關資訊：_____

(3)電生理檢查結果(此項檢查視情況決定是否需評估)：

沿用三個月內報告資料，施測院所：_____ 施測日期：_____

聽性腦幹反應檢查(ABR 閾值)					單位：分貝(dB nHL)
施測音	500 Hz TB	1,000 Hz TB	2,000 Hz TB	4,000 Hz TB	Click
右耳閾值					
左耳閾值					
骨導閾值					

穩定狀態誘發電位檢查(ASSR/SSEP)					單位：分貝(dB eHL)
頻率	500 Hz	1,000 Hz	2,000 Hz	4,000 Hz	
右耳閾值					
左耳閾值					

(4)特殊聽力情況(可複選)：

- 無特殊情況
 漸進性聽損病史
 聽力波動病史
 行為聽力閾值需持續確認
耳鳴已造成顯著困擾
 聽覺過敏或響音重振
 其他：_____

四、評估結果【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】

1. 評估結果：

不建議使用以下輔具；理由：_____

建議使用

補助項目	使用理由
<input type="checkbox"/> 項次 82 助聽器-簡易型(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 83 助聽器-中階型(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 84 助聽器-進階型(<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側)	
<input type="checkbox"/> 項次 85 助聽器-雙對側傳聲型	

2. 建議效益驗證方式及效益目標(可複選, 非必填):

※效益驗證時應提供助聽器產品保固書及助聽器軟體(含 App)調整報告之正本或影本予驗證人員，方得進行助聽器補助項目之效益驗證評估。

實耳或耦合器測量

建議處方目標公式：_____，結果不劣於處方目標±5 分貝

驗證頻率：250 Hz 500 Hz 1,000 Hz 2,000 Hz 4,000 Hz 6,000 Hz

聲場中功能增益值測量

測量結果之預期目標：

右耳	<input type="checkbox"/> 語言區範圍之上(≤30 分貝 dB HL) <input type="checkbox"/> 語言區範圍內(31~50 分貝 dB HL) <input type="checkbox"/> 語言區範圍之下(≥51 分貝 dB HL)
左耳	<input type="checkbox"/> 語言區範圍之上(≤30 分貝 dB HL) <input type="checkbox"/> 語言區範圍內(31~50 分貝 dB HL) <input type="checkbox"/> 語言區範圍之下(≥51 分貝 dB HL)

雙耳	<input type="checkbox"/> 語言區範圍之上(≤ 30 分貝 dB HL) <input type="checkbox"/> 語言區範圍內(31~50 分貝 dB HL) <input type="checkbox"/> 語言區範圍之下(≥ 51 分貝 dB HL)
----	---

聲場中語音辨識測驗

建議之施測語音音量：_____分貝(dB HL), 純聽覺 視覺加聽覺

建議之施測情境：安靜環境 噪音環境

測量結果之預期目標：

右耳	助聽後聲場語音聽辨達_____%
左耳	助聽後聲場語音聽辨達_____%
雙耳	助聽後聲場語音聽辨達_____%

其他驗證方式及效益目標：_____

3. 是否需要接受使用訓練：需要 不需要

4. 是否需要安排追蹤時間：需要 不需要

5. 其他：_____

五、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

款式	選配方式(可複選)	規格及功能規範	輔具使用情境(可複選) (對應需求評估)
<input type="checkbox"/> 簡易型	<input type="checkbox"/> 右耳選配 <input type="checkbox"/> 左耳選配	採類比方式或數位方式處理聲音訊號之助聽器	<input type="checkbox"/> 居家室內 <input type="checkbox"/> 醫療及照顧機構
<input type="checkbox"/> 中階型	<input type="checkbox"/> 右耳選配 <input type="checkbox"/> 左耳選配	採數位方式處理聲音訊號 並符合下列所有規範 1. 具 6 個以上可單獨調整壓縮參數(壓縮閾值、壓縮比)之壓縮頻道, 或採用同等效能之時域(time domain)數位訊號處理技術 2. 多聆聽程式 3. 具備至少 1 種自適應噪音消除功能 4. 配戴時可自動消除迴饋音	<input type="checkbox"/> 居家室內 <input type="checkbox"/> 醫療及照顧機構 <input type="checkbox"/> 休閒與運動 <input type="checkbox"/> 交通運輸 <input type="checkbox"/> 消費與理財 <input type="checkbox"/> 文化活動 <input type="checkbox"/> 其他: _____
<input type="checkbox"/> 進階型	<input type="checkbox"/> 右耳選配 <input type="checkbox"/> 左耳選配	符合助聽器-中階型所有規格並符合下列所有規範 1. 方(指)向性麥克風 2. 具相容於無線傳輸系統	<input type="checkbox"/> 居家室內 <input type="checkbox"/> 醫療及照顧機構 <input type="checkbox"/> 教育與學習 <input type="checkbox"/> 工作與就業

<input type="checkbox"/> 雙對側傳聲型	<input type="checkbox"/> 右耳配戴助聽器，左耳跨傳收音麥克風 <input type="checkbox"/> 左耳配戴助聽器，右耳跨傳收音麥克風	本項2只設備元件為1組，應可搭配操作。1只符合助聽器-進階型規格或功能之助聽器配戴於優耳，及另1只為無線收音麥克風設備，配戴於劣耳耳部(含耳掛型、耳內型或耳罩型)	<input type="checkbox"/> 休閒與運動 <input type="checkbox"/> 交通運輸 <input type="checkbox"/> 消費與理財 <input type="checkbox"/> 文化活動 <input type="checkbox"/> 其他：_____
建議搭配聽覺輔具	<input type="checkbox"/> 無相關建議 <input type="checkbox"/> 遠端麥克風系統/無線音訊串流系統 <input type="checkbox"/> 警示指示及信號裝置 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
※效益驗證時應提供助聽器產品保固書及助聽器軟體(含 App)調整報告之正本或影本予驗證人員，方得進行助聽器補助項目之效益驗證評估。			

2. 其他建議： _____

評估單位： _____

評估人員： _____ 職稱： _____

評估日期： _____

