

# 電動病床評估報告

## 一、病患基本資料

1. 姓名：\_\_\_\_\_ 2. 性別：男 女 3. 身分證字號：\_\_\_\_\_
4. 生日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 5. 聯絡方式(地址或電話)：\_\_\_\_\_
6. 障礙類別
- 視覺障礙 聽覺機能障礙 平衡機能障礙 聲音或語言機能障礙
- 肢體障礙：上肢(手) 下肢(腳) 軀幹 四肢
- 智能障礙 重要器官失去功能 顏面損傷者 植物人 癡呆症(失智症)
- 自閉症 慢性精神病患者 多重障礙者 頑性(難治型)癲癇症
- 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙
- 其他經中央主管機關認定之身心障礙類別：
- 染色體異常 先天代謝異常 其他先天缺陷
7. 障礙級別：無手冊 輕度 中度 重度 極重度

## 二、身體功能檢查：

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 脊髓損傷 腦性麻痺或發展遲緩 小兒麻痺 其他\_\_\_\_\_
- c. 呼吸系統常見疾病：慢性阻塞性疾病 氣喘 肺結核 其他\_\_\_\_\_
- d. 心血管系統常見疾病：心臟病 高血壓 糖尿病 周邊血管疾病 其他\_\_\_\_\_
- e. 其他：\_\_\_\_\_
2. 身體狀況：
- a. 意識狀態：正常 障礙：\_\_\_\_\_
- b. 認知功能：正常 障礙：\_\_\_\_\_
- c. 目前體力狀態：良好 不佳 體力可能進展：維持 進步 退化
- d. 翻身能力：可獨立完成 執行費力耗時或需借助輔具 完全依賴
- e. 起床能力：可獨立完成 執行費力耗時或需借助輔具 完全依賴
- f. 轉位能力：可獨立完成 執行費力耗時或需借助輔具 完全依賴
- g. 姿勢調整能力：可獨立完成 執行費力耗時或需借助輔具 完全依賴
- h. 姿勢性低血壓：有 無
- i. 軀幹長坐姿時挺直能力：良好 不佳
- 軀幹坐姿挺直耐力： $\geq 2$ 分鐘  $< 2$ 分鐘
- j. 頭頸控制能力：正常 不足

k. 關節活動度：

	左		右	
肩關節	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 受限
肘關節	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 受限
腕關節	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 受限
髖關節	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 受限
膝關節	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 受限
踝關節	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 受限	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 受限

l. 脊柱形狀：正常 脊柱側彎 脊柱前彎 脊柱後彎

m. 感覺功能：正常 表達困難 異常，部位：

---

n. 褥瘡：壓瘡部位：無 一年內曾發生 現有

部位 

---

 大小：

---

公分 × 

---

公分

分級：I（皮膚完整沒有破損，有持續不退的紅斑印）

II（皮膚有水泡或紅疹且傷到真皮層）

III（皮膚層全部受傷並深到皮下組織或脂肪）

IV（深及肌膜、肌肉，甚至深及骨頭）

### 三、電動病床配置選項

1. 病床類型：

頭部可升高坐起 腿部可升起 頭部、腿部可連動升起 病床高度升降

附輪方便推動 其他：

---

2. 特殊配件：

---

評估人員：

---

 專業職稱：

---

 評估日期：

---

年 

---

月 

---

日