

汽車升降機改裝評估報告

欲改裝車輛車號：_____ 車主姓名：_____ 與個案關係：_____

一、病患基本資料

1. 姓名：_____ 2. 性別：男 女

3. 國民身分證統一編號：_____ 4. 生日：_____年 _____月 _____日

5. 戶籍地：_____縣(市) _____鄉鎮市區 _____村(里) _____路(街) _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓

6. 聯絡地址：同戶籍地(下列免填)
_____縣(市) _____鄉鎮市區 _____村(里) _____路(街) _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓

7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明：無 有

7-2. (舊制)身心障礙手冊類別：
肢體障礙：上肢(手) 下肢(腳) 軀幹 四肢
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
智能障礙 重要器官失去功能 顏面損傷者 植物人 失智症
自閉症 慢性精神病患者 頑性(難治型)癲癇症
多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____

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

7-3. (新制)身心障礙分類系統：
神經系統構造及精神、心智功能 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛
涉及聲音與言語構造及其功能 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能
消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 泌尿與生殖系統相關構造及其功能
神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 皮膚與相關構造及其功能

8. 障礙等級：輕度 中度 重度 極重度

9. 聯絡人：姓名：_____ 與身心障礙者關係：_____ 聯絡電話：_____

10. 居住情況：獨居 與親友同住 安置機構 其他：_____

二、使用評估

1. 使用目的與活動需求(可複選)：日常生活 醫療 就學 就業 休閒與運動

2. 目前使用的汽車升降機改裝：

(1)已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) 使用年限不明

(2)輔具來源：自購 社政 勞政 教育 其他：_____

(3)目前使用情形：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，但需要另行購置一部於不同場所使用
其他：_____

5. 身體功能與構造：

輔具使用之相關診斷(可複選)：

中風偏癱(左/右) 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) 腦性麻痺或發展遲緩 小兒麻痺
運動神經元疾病 下肢骨折或截肢 關節炎 心肺功能疾病 肌肉萎縮症
其他：_____

身體狀況：

a. 意識狀態：正常 障礙：

b. 認知功能：正常 障礙：

轉位能力：

a. 輪椅→汽車座椅：可自行轉位 需他人協助 完全依賴

b. 汽車座椅→輪椅：可自行轉位 需他人協助 完全依賴

車輛駕駛方式：

a. 自行駕駛：需油門改裝(附評估報告書)

b. 他人駕駛

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

車輛型式：

廂型車：

輪椅升降機：後車廂 側邊升降 其它：_____

側邊升降椅：駕駛座 副駕駛座 乘客座 其它：_____

轎車：

側邊升降椅：駕駛座 副駕駛座

汽車升降機本體配件

輪椅固定器 座椅安全帶 其他配件：

2. 是否需要接受使用訓練：需要 不需要

3. 是否需要安排追蹤時間：需要 不需要

4. 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】

汽車升降機改裝之建議：

建議使用，補充說明： _____

不建議使用，理由： _____

評估單位： _____

評估人員： _____ 職稱： _____

評估日期： _____

