

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：26

輔具項目名稱：人工電子耳(含術後聽能語言復健計畫書)

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.身心障礙等級分級： | <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 | | | | |

二、術前評估

- 人力支持情況(可複選)：獨居 有同住者 有專業人力協助：_____ 其他：
- 聽力損失病史：
 - 發現聽力損失年齡：_____歲_____個月(____年__月__日發現)
 - 發現感覺神經性聽力障礙病史至今：5年(含)以內 超過5年
 - 聽力損失發生原因：先天性 後天性，原因：
 - 術前接受聽語訓練：有，服務單位：_____ (____年__月)
其他：
- 目前使用的右耳聽覺輔具(尚未使用者免填)：
 - 輔具種類：助聽器 人工電子耳 電聲雙刺激(EAS) 其他：
 - 廠牌：_____，型號：
 - 初配日期：_____年_____月_____日
 - 是否中斷使用：是，_____年 否
- 目前使用的左耳聽覺輔具(尚未使用者免填)：
 - 輔具種類：助聽器 人工電子耳 電聲雙刺激(EAS) 其他：
 - 廠牌：_____，型號：
 - 初配日期：_____年_____月_____日
 - 是否中斷使用：是，_____年 否
- 其他目前使用的聽覺輔具配置方式及使用情形：

6. 術前言語可懂度分級(Speech intelligibility rating, SIR) :

| 分級 | 判別標準 | 評估結果 (請擇一勾選) |
|----|---|-----------------|
| 5 | 一般人可以輕易聽懂個案日常對話的內容 | |
| 4 | 聽者只要有稍微接觸過聽損者的經驗，就可以聽懂個案的溝通語言 | |
| 3 | 聽者在專心和讀唇下，可以聽懂個案的溝通語言 | |
| 2 | 整體而言，個案語言表達無法讓聽者理解，但在了解談話內容和讀唇提示下，聽者可以了解對話當中的一些單音 | |
| 1 | 個案只有一些無法辨識的語音或發音，主要溝通方式為手語或手勢 | |

※資格條件：3分(含)以上

7. 人工電子耳手術前之聽力評估：

(1)裸耳純音聽力檢查結果，可信度：一致 不一致 單位：分貝(dB HL)

| 閾值/分貝 測驗耳 | 頻 率 | 250 Hz | | 500 Hz | | 1,000 Hz | | 2,000 Hz | | 4,000 Hz | |
|--------------|--------|--------|--|--------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|
| | | ACT | | ACT | BCT | ACT | BCT | ACT | BCT | ACT | BCT |
| 右耳 | | | | | | | | | | | |
| 左耳 | | | | | | | | | | | |

右耳氣導聽閾平均值：__分貝 (500 Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

左耳氣導聽閾平均值：__分貝 (500 Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

※縮寫說明：ACT 氣導閾值、BCT 骨導閾值

※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

(2)助聽後語音聽力檢查結果：

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

(3)鼓室圖檢查結果：

右耳：無 A型 B型 C型 As型 Ad型；中耳炎病史：無 有

左耳：無 A型 B型 C型 As型 Ad型；中耳炎病史：無 有

(4)聽性腦幹反應檢查結果(Tone burst 或 Click ABR)：

| | 500 Hz | 1,000 Hz | 2,000 Hz | 4,000 Hz | click | |
|----|--------|----------|----------|----------|--------|---------------------------------|
| 右耳 | ____分貝 | ____分貝 | ____分貝 | ____分貝 | ____分貝 | <input type="checkbox"/> 大於90分貝 |
| 左耳 | ____分貝 | ____分貝 | ____分貝 | ____分貝 | ____分貝 | <input type="checkbox"/> 大於90分貝 |

8. 人工電子耳手術前之理學檢查及影像學評估(由醫師填寫，電腦斷層和核磁共振檢查至少擇一執行)：

(1)耳部外觀：外耳道(正常 異常：_____)、耳膜(正常 異常：_____)

(2)電腦斷層：中耳腔(正常 異常：_____)、耳蝸(正常 異常：_____)、
聽神經骨管(正常 異常：_____)

(3)核磁共振：耳蝸(正常 異常：_____)、聽神經(正常 異常：_____)、
腦部(正常 異常：_____)

9. 人工電子耳手術前之語言治療評估(由語言治療師評估)：

(1)溝通評估：

A. 溝通模式評估：聽覺及口語 讀唇及口語 手語 讀寫 全溝通法 其他：

B. 溝通修補策略：良好 稍差 尚可 不佳 極差

(2)口語理解評估：

A. 封閉式

詞彙理解：良好 稍差 尚可 不佳 極差

語句理解：良好 稍差 尚可 不佳 極差

B. 開放式

詞彙理解：良好 稍差 尚可 不佳 極差

語句理解：良好 稍差 尚可 不佳 極差

(3)口語表達評估：

A. 表達能力：良好 稍差 尚可 不佳 極差

B. 語句表達：有 無

C. 嗓音：音質良好 稍差 尚可 不佳 極差

音量太大 大 剛好 小 太小

D. 流利度：正常 語暢異常 無

E. 構音評估：子音正確率(PCC)=_____%

F. 清晰度：正常 有構音問題但不影響清晰度 有構音問題且影響清晰度

無表達能力

10. 人工電子耳手術前之社會心理評估(由社工師評估)：

(1)家庭評估：

A. 家庭圖：

B. 家庭動力評估：

(a)主要決策者：本人 配偶 子女 父 母 手足 其他：

(b)家庭的決策方式：家庭討論 主要決策者決定 其他：

(c)主要決策者對手術的支持度：高度支持 支持 猶疑中 不支持

(d)到場家屬的互動觀察：熱絡 冷漠

(2)個案現況：

生活作息：規律 不規律

就業中：是，職業：_____ 接受職業訓練中 否

就學中：是，學校：_____ 非學校型態實驗教育 否

是否能獨立照顧聽覺輔具：是 否

(3) 協同照顧能力評估(無協同照顧者免填)：

協同照顧者(稱謂)：

對已有聽覺輔具的照顧方式、聽力損失以及聽能語言復健的態度：可配合 無配合意願
替代照顧人力安排：有 無

(4) 社會資源評估：

A. 政府補助：無 有，來源：

B. 連結民間資源申請：無 有，來源：

C. 其他(含親屬協助)：

(5) 對人工電子耳認知：

A. 了解手術的原因：是 否

B. 核對電子耳的認知：非常了解 部分了解 不了解

C. 對手術期待術後須達到何種聽說能力的期待：

11. 人工電子耳手術前之精神狀態評估(由耳鼻喉科醫師填寫，必要時會診精神科醫師)：

不需會診

需進一步評估：

(1) 精神科醫師評估結果：

是否需轉介臨床心理師評估：需要 不需要

(2) 臨床心理師評估(請擇一評估)：

A. 心智功能評估(智能評估、發展評估、腦部病變或傷損、廣泛性認知功能、高階認知功能，以及適應功能)

(a) 評估項目(請擇一評估)：智能/發展評估 廣泛性認知功能/腦部病變或傷損評估
高階認知功能 適應功能 其他：

(b) 使用工具/量表(自選)：_____，指標分數：

(c) 結果摘要：

(d) 追蹤：不需要 需要，立即 _____(月/年)後追蹤

B. 心理社會調適功能(情緒與社會發展、社會人際適應、情緒調節、自我概念與認同)

評估項目(請擇一評估)：情緒與社會發展評估 社會人際適應/情緒調節評估
自我概念與認同 其他：

結構式晤談 使用工具/量表(自選)：_____，指數：

結果摘要：

追蹤：不需要 需要，立即 _____(月/年)後追蹤

C. 精神狀態與危機心理評估(壓力評估、急慢性精神狀態、危機衡鑑)

評估項目(請擇一評估)：壓力評估/危機衡鑑 急慢性精神狀態評估

結構式晤談 使用工具/量表(自選)：_____，指數：

結果摘要：

追蹤：不需要 需要，立即 _____(月/年)後追蹤

12. 其他：

三、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】(由手術醫師填寫)

1. 術前評估結果：

不建議手術；理由：

建議手術，說明：

2. 其他：

評估單位：

耳鼻喉科醫師：_____ 評估日期：

聽力師：_____ 評估日期：

語言治療師：_____ 評估日期：

社工師：_____ 評估日期：

精神科醫師：_____ 評估日期：

心理師：_____ 評估日期：



輔具評估報告格式編號：26輔具項目名稱：人工電子耳附件 術後聽能語言復健計畫書

術後聽語復健計畫執行內容(由個案進行術後聽語復健之醫療院所或機構填具)：

此次術後聽語復健計畫期程：自____年____月起至____年____月止，計____個月

預期個案復健期程需____個月，未來將視個案之狀況再行調整。

| 項目 | 內容 | 評估者簽章 | 填表日期 |
|---------------------------------------|----|-------|------|
| 人工電子耳 調圖(Mapping) 聽力檢查暨 聽能復健 | | | |
| 語言及溝通 | | | |
| 其他 | | | |

申請人(監護人)簽章：

醫療院所/機構(戳章)：

(不同單位填具該表時，請分別核章)

醫療院所/機構電話：

醫療院所/機構住址：

填表日期：____年____月____日