

輔具評估報告書（使用效益驗證）

輔具評估報告格式編號：25

輔具項目名稱：助聽器

一、基本資料

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1. 姓名： | 2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 3. 國民身分證統一編號： | 4. 生日： 年 月 日 |
| 5. 聯絡人：姓名： | 與身心障礙者關係： 聯絡電話： |
| 6. 聯絡(公文寄送)地址： <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| 7-2. 身心障礙分類證明： | |
| <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：_____ | |
| 7-3. 身心障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 | |

二、相關文件確認

- 核定助聽器補助之輔具評估報告書（格式編號：09）影本 【評估日期：____年__月__日】
- 助聽器產品保固書影本 【保固有效期限：____年__月__日】
- 助聽器選配軟體調整報告（選配摘要報告）影本 【助聽器調整日期：____年__月__日】

三、輔具資訊確認

- 左耳：本次驗證 沿用原輔具（不驗證，下表各欄免填） 無輔具（下表各欄免填）
- 右耳：本次驗證 沿用原輔具（不驗證，下表各欄免填） 無輔具（下表各欄免填）

| | | 廠牌 | 型號 | 序號 |
|--------------|----|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 保固書 載明資訊 | 左耳 | | | |
| | 右耳 | | | |
| 機體外觀 目視確認 | 左耳 | <input type="checkbox"/> 機體標示符合 | <input type="checkbox"/> 機體標示符合 | <input type="checkbox"/> 機體標示符合 |
| | | <input type="checkbox"/> 機體未標示廠牌 | <input type="checkbox"/> 機體未標示型號 | <input type="checkbox"/> 機體未標示序號 |
| | 右耳 | <input type="checkbox"/> 機體標示不符合 | <input type="checkbox"/> 機體標示不符合 | <input type="checkbox"/> 機體標示不符合 |
| | | <input type="checkbox"/> 機體未標示廠牌 | <input type="checkbox"/> 機體未標示型號 | <input type="checkbox"/> 機體未標示序號 |
| 核對選配 摘要報告 | 左耳 | <input type="checkbox"/> 報告資訊符合 | <input type="checkbox"/> 報告資訊符合 | <input type="checkbox"/> 報告資訊符合 |
| | | <input type="checkbox"/> 報告資訊不符合 | <input type="checkbox"/> 報告資訊不符合 | <input type="checkbox"/> 報告資訊不符合 |
| | 右耳 | <input type="checkbox"/> 報告資訊符合 | <input type="checkbox"/> 報告資訊符合 | <input type="checkbox"/> 報告資訊符合 |
| | | <input type="checkbox"/> 報告資訊不符合 | <input type="checkbox"/> 報告資訊不符合 | <input type="checkbox"/> 報告資訊不符合 |

四、輔具功能或規格確認

| 功能或規格規範 | 左耳輔具 | 右耳輔具 |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 具6個以上可單獨調整壓縮參數之壓縮頻道，或採用同等效能之時域數位訊號處理技術 | <input type="checkbox"/> 依輔具型號確認符合 <input type="checkbox"/> 依選配摘要報告確認符合 <input type="checkbox"/> 為無線收音麥克風設備 <input type="checkbox"/> 無輔具／沿用原輔具 <input type="checkbox"/> 未符合 | <input type="checkbox"/> 依輔具型號確認符合 <input type="checkbox"/> 依選配摘要報告確認符合 <input type="checkbox"/> 為無線收音麥克風設備 <input type="checkbox"/> 無輔具／沿用原輔具 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| 多聆聽程式 | <input type="checkbox"/> 依輔具型號確認符合 <input type="checkbox"/> 依選配摘要報告確認符合 <input type="checkbox"/> 為無線收音麥克風設備 <input type="checkbox"/> 無輔具／沿用原輔具 <input type="checkbox"/> 未符合 | <input type="checkbox"/> 依輔具型號確認符合 <input type="checkbox"/> 依選配摘要報告確認符合 <input type="checkbox"/> 為無線收音麥克風設備 <input type="checkbox"/> 無輔具／沿用原輔具 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| 具備至少1種自適應噪音消除功能 | <input type="checkbox"/> 依輔具型號確認符合 <input type="checkbox"/> 依選配摘要報告確認符合 <input type="checkbox"/> 為無線收音麥克風設備 <input type="checkbox"/> 無輔具／沿用原輔具 <input type="checkbox"/> 未符合 | <input type="checkbox"/> 依輔具型號確認符合 <input type="checkbox"/> 依選配摘要報告確認符合 <input type="checkbox"/> 為無線收音麥克風設備 <input type="checkbox"/> 無輔具／沿用原輔具 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| 配戴時可自動消除迴饋音 | <input type="checkbox"/> 依輔具型號確認符合 <input type="checkbox"/> 依選配摘要報告確認符合 <input type="checkbox"/> 為無線收音麥克風設備 <input type="checkbox"/> 無輔具／沿用原輔具 <input type="checkbox"/> 未符合 | <input type="checkbox"/> 依輔具型號確認符合 <input type="checkbox"/> 依選配摘要報告確認符合 <input type="checkbox"/> 為無線收音麥克風設備 <input type="checkbox"/> 無輔具／沿用原輔具 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| 方（指）向性麥克風 | <input type="checkbox"/> 依輔具型號確認符合 <input type="checkbox"/> 依選配摘要報告確認符合 <input type="checkbox"/> 為無線收音麥克風設備 <input type="checkbox"/> 無輔具／沿用原輔具 <input type="checkbox"/> 未符合 | <input type="checkbox"/> 依輔具型號確認符合 <input type="checkbox"/> 依選配摘要報告確認符合 <input type="checkbox"/> 為無線收音麥克風設備 <input type="checkbox"/> 無輔具／沿用原輔具 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| 具相容於無線傳輸系統 | <input type="checkbox"/> 依輔具型號確認符合 <input type="checkbox"/> 依選配摘要報告確認符合 <input type="checkbox"/> 為無線收音麥克風設備 <input type="checkbox"/> 無輔具／沿用原輔具 <input type="checkbox"/> 未符合 | <input type="checkbox"/> 依輔具型號確認符合 <input type="checkbox"/> 依選配摘要報告確認符合 <input type="checkbox"/> 為無線收音麥克風設備 <input type="checkbox"/> 無輔具／沿用原輔具 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| 搭配為雙對側傳聲助聽器系統 | <input type="checkbox"/> 一耳符合進階型助聽器，另一耳為無線收音麥克風設備，且雙耳輔具可搭配操作 <input type="checkbox"/> 未符合 | |

中階型助聽器

進階型助聽器

雙對側傳聲型助聽器

五、助聽器使用效益驗證

1. 活動促進程度 (建議驗證項目 未建議，視情況決定是否需驗證)：

表達者：個案本人 個案之：_____

| 重要性 排序 | 活動需求 (需要使用助聽器促進的具體活動) | 原先可順利 完成之程度 及 ICF 編碼 | 目前可順利 完成之程度 及 ICF 編碼 | 促進程度 ICF 編碼 |
|-----------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|
| 1 | | % | % | e125 |
| 2 | | % | % | e125 |
| 3 | | % | % | e125 |

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

完全不行 毫無困難

※ 促進程度 ICF 編碼說明：

| 編碼 | 意義 | 編碼 | 意義 | 編碼 | 意義 |
|--------|--------------------|--------|-----------------------|--------|--------------------|
| e125+4 | 使用助聽器後 完全促進活動參與 | e125.0 | 使用助聽器後無促進 亦無妨礙活動參與 | e125.1 | 使用助聽器後 輕度妨礙活動參與 |
| e125+3 | 使用助聽器後 高度促進活動參與 | | | e125.2 | 使用助聽器後 中度妨礙活動參與 |
| e125+2 | 使用助聽器後 中度促進活動參與 | | | e125.3 | 使用助聽器後 重度妨礙活動參與 |
| e125+1 | 使用助聽器後 輕度促進活動參與 | | | e125.4 | 使用助聽器後 完全妨礙活動參與 |

2. 實耳測量或耦合器測量 (建議驗證項目 未建議，視情況決定是否需驗證)：

※測量報告 (圖型及數值資料) 以附件方式隨效益驗證報告一起提供

助聽器處方公式：_____

助聽器之助聽後反應符合處方目標：

500、1,000、2,000、4,000 Hz 反應平均值 (LTASS) 符合處方目標±5 dB 範圍內

500、1,000、2,000、4,000 Hz 頻譜 (Spectrum) 涵蓋處方目標

500、1,000、2,000、4,000 Hz 其中三個頻率之頻譜 (Spectrum) 涵蓋處方目標

助聽器之助聽後反應未符合處方目標

3. 雙對側傳聲型助聽器實耳測量通透性 (建議驗證項目 未建議，視情況決定是否需驗證)：

※測量報告 (圖型及數值資料) 以附件方式隨效益驗證報告一起提供

符合通透性：500、1,000、2,000、4,000 Hz 反應平均值 (LTASS) 符合±5 dB 範圍內

未符合通透性

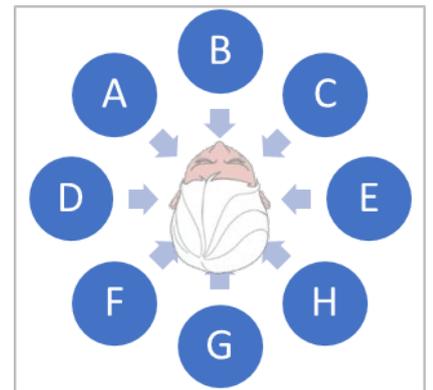
4. 聲場語音聽力閾值 (建議驗證項目 未建議，視情況決定是否需驗證)：

| | 裸耳語音聽力閾值 (<input type="checkbox"/> 耳機 <input type="checkbox"/> 聲場) | 助聽後語音聽力閾值 (聲場) | 效益基準 | 驗證結果 |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 左耳 | dB HL | dB HL | dB HL | <input type="checkbox"/> 達到效益基準 <input type="checkbox"/> 未符合效益基準 |
| <input type="checkbox"/> 右耳 | dB HL | dB HL | dB HL | <input type="checkbox"/> 達到效益基準 <input type="checkbox"/> 未符合效益基準 |
| <input type="checkbox"/> 併耳 | dB HL | dB HL | dB HL | <input type="checkbox"/> 達到效益基準 <input type="checkbox"/> 未符合效益基準 |

5. 聲場語音分辨 (建議驗證項目 未建議，視情況決定是否需驗證)：

施測條件參數 (方位請利用右圖字母標示)：

| | 助聽後語音分辨 | 效益基準 | 驗證結果 |
|-----------------------------|---------|------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 左耳 | % | % | <input type="checkbox"/> 達到效益基準 <input type="checkbox"/> 未符合效益基準 |
| <input type="checkbox"/> 右耳 | % | % | <input type="checkbox"/> 達到效益基準 <input type="checkbox"/> 未符合效益基準 |
| <input type="checkbox"/> 併耳 | % | % | <input type="checkbox"/> 達到效益基準 <input type="checkbox"/> 未符合效益基準 |



6. 聲場聽力閾值 (建議驗證項目 未建議，視情況決定是否需驗證)：

| 施測耳 | 頻率 | 裸耳聽力閾值 (<input type="checkbox"/> 耳機 <input type="checkbox"/> 聲場) | 助聽後聽力 閾值 (聲場) | 效益基準 | 驗證結果 |
|-----|----------|----------------------------------------------------------------------|------------------|-------|---------------------------------------------------------------------|
| 左耳 | 500 Hz | dB HL | dB HL | dB HL | <input type="checkbox"/> 達到效益基準 <input type="checkbox"/> 未符合效益基準 |
| | 1,000 Hz | dB HL | dB HL | dB HL | |
| | 2,000 Hz | dB HL | dB HL | dB HL | |
| | 4,000 Hz | dB HL | dB HL | dB HL | |
| 右耳 | 500 Hz | dB HL | dB HL | dB HL | <input type="checkbox"/> 達到效益基準 <input type="checkbox"/> 未符合效益基準 |
| | 1,000 Hz | dB HL | dB HL | dB HL | |
| | 2,000 Hz | dB HL | dB HL | dB HL | |
| | 4,000 Hz | dB HL | dB HL | dB HL | |

7. 其他驗證項目 (建議驗證項目 未建議，視情況決定是否需驗證)：

※若有相關記錄，請以附件方式隨效益驗證報告一起提供

驗證方式與效益基準： _____

驗證結果：

- 達到效益基準
未符合效益基準

姓名：

身分證字號：

評估日期：

六、驗證結果

1. 助聽器使用效益：

- Ⓐ助聽器使用需求評估（報告書格式編號：09）共建議____項效益基準
- Ⓑ所有建議實施的驗證項目中，共執行____項效益驗證
- Ⓒ所有建議實施的驗證項目中，共____項驗證結果達到效益基準
- Ⓓ另共執行____項未建議實施的驗證項目
- Ⓔ所有未建議實施的驗證項目中，共____項驗證結果達到效益基準

整體驗證結果：

- 驗證結果支持助聽器使用情況達到效益基準（以下兩項條件均符合）：
- Ⓐ=Ⓑ=Ⓒ 【建議實施的驗證項目全部實施，且全部達到效益基準】
- Ⓒ+Ⓔ≥3 【至少3項驗證結果達到效益基準】
- 驗證項目不足，應由同單位或其他單位補充效益驗證評估（以下兩項條件符合任一項或兩項）：
- Ⓑ<Ⓐ 【建議實施的驗證項目未全部實施】
- Ⓑ+Ⓓ<3 【所有實施的驗證項目合計未達3項】
- 驗證結果無法支持助聽器使用情況符合效益基準

2. 助聽器功能及規格：

- 本次驗證之助聽器與保固書載明資訊相符（以下若兩只設備情況不同，可複選）：
- 雙耳助聽器（2只設備為1組）符合「雙對側傳聲型」功能或規格規範
- 雙耳助聽器（2只設備）均符合「進階型」功能或規格規範
- 雙耳助聽器（2只設備）均符合「中階型」功能或規格規範
- 雙耳助聽器（2只設備）均符合「簡易型」功能或規格規範
- 僅單耳助聽器（1只設備）符合「進階型」功能或規格規範（左耳 右耳）
- 僅單耳助聽器（1只設備）符合「中階型」功能或規格規範（左耳 右耳）
- 僅單耳助聽器（1只設備）符合「簡易型」功能或規格規範（左耳 右耳）
- 本次驗證之助聽器與保固書載明資訊不一致

評估單位：_____

評估人員：_____ 評估日期：_____

評估單位用印