

申請年度：_____年

德育學校財團法人德育護理健康學院 特殊教育學生交通費補助申請表

申請日期： 年 月 日

| | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------|--|
| 姓名 | | 連絡電話 | |
| 系科/班級 | | 學號 | |
| 戶籍地址 | | | |
| 通訊地址 <input type="checkbox"/> 同上 | | | |
| 上下學 交通方式 | | | |
| 檢附資料 | <input type="checkbox"/> 1. 學生證正反面影本(具本校學籍，且在學者)。 <input type="checkbox"/> 2. 持有效期限內特殊教育學生鑑定證明書影本。 <input type="checkbox"/> 3. 第一銀行或郵局存摺影本。(若無，則需至出納組領取支票) <input type="checkbox"/> 4. 大專校院特殊教育學生動作功能評估表或相關需求評估表。(如附) | | |
| 學生簽章/日期 | | 導師簽章/日期 | |
| 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| 個案管理輔導人員 簽章/日期 | 承辦輔導人員 簽章/日期 | 學生輔導中心主任 簽章/日期 | |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 審核結果 | 一、是否於學校住宿。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <div style="text-align: right;">生活輔導組核章：_____</div> | | |
| | 二、審核小組： <input type="checkbox"/> 通過。 <input type="checkbox"/> 不通過，說明：_____。 | | |
| | 三、特殊教育推行委員會： <input type="checkbox"/> 通過。 <input type="checkbox"/> 不通過，說明：_____。 | | |

大專校院特殊教育學生鑑定動作功能評估表

107年大專校院特殊教育學生鑑定動作功能評估會議制訂
108年研商大專校院特殊教育學生鑑定基準與研判原則修正會議通過

評估日期： 年 月 日

評估醫師/治療師簽章：

| 學生基本資料 | | | |
|-------------------------------------|---|---|--------------------------------|
| 姓名 | | 生日 | 年 月 日 |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 電話 | |
| 主要診斷 | | 障礙類別 | |
| 目前使用輔具 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____ | | |
| 學生主訴 | | | |
| 相關病史 | | | |
| <input type="checkbox"/> 視力缺損 | <input type="checkbox"/> 聽力缺損 | <input type="checkbox"/> 選擇性背根神經 切除 | <input type="checkbox"/> 髖關節脫臼 |
| <input type="checkbox"/> 長短腳_____cm | <input type="checkbox"/> 關節炎 | <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 | <input type="checkbox"/> 骨質疏鬆 |
| <input type="checkbox"/> 心臟疾病 | <input type="checkbox"/> 氣喘 | <input type="checkbox"/> 其他_____ | |
| 動作功能評估表 | | | |
| 評估向度 | 若有下列障礙情形，請在 <input type="checkbox"/> 打勾 | | |
| 一、活動能力 | 維持身體姿勢 <input type="checkbox"/> 坐姿 <input type="checkbox"/> 站姿 <input type="checkbox"/> 蹲姿 | | |
| | 改變身體姿勢 <input type="checkbox"/> 躺 \leftrightarrow 坐 <input type="checkbox"/> 坐 \leftrightarrow 站 | | |
| | 移位能力： <input type="checkbox"/> 坐姿下移位 <input type="checkbox"/> 床上移位 | | |
| | <input type="checkbox"/> 舉起或攜帶物品移動能力 | | |
| | <input type="checkbox"/> 手部精細動作 | | |
| | <input type="checkbox"/> 手及手臂的運用 | | |
| | <input type="checkbox"/> 書寫能力 | | |
| 二、移動能力 | <input type="checkbox"/> 行走 | | |
| | 其他活動 | <input type="checkbox"/> 上下樓梯 <input type="checkbox"/> 跑步 <input type="checkbox"/> 跳躍 | |

| | |
|---|---|
| | <input type="checkbox"/> 搭乘交通工具 |
| | <input type="checkbox"/> 駕駛交通工具 |
| 三、關節活動度 1：完全限制 (0-4%活動度) 2：重度限制 (5-24%活動度) 3：中等程度限制 (25-49%活動度) 4：輕度限制 (50-95%活動度) | <input type="checkbox"/> 有輕微限制但無功能障礙 <input type="checkbox"/> 關節活動度受限 (請在○中填入活動度限制程度 1-4) ○右上肢 ○左上肢 ○右下肢 ○左下肢 ○頸部 ○軀幹 ○其他_____ |
| 四、肌肉張力 | <input type="checkbox"/> 有輕微張力異常但無功能障礙 <input type="checkbox"/> 有任一區域主要肌肉群張力異常 (請在張力異常的肌肉群前方○打勾) ○右上肢 ○左上肢 ○右下肢 ○左下肢 ○軀幹 ○其他_____ |
| 五、肌肉力量 0：完全無力 1：輕微肌肉收縮 2：不可抗重力 3：可抗重力 4：可抗阻力 | <input type="checkbox"/> 有輕微肌力減弱但無功能障礙 <input type="checkbox"/> 有任一區域主要肌肉群之肌力有明顯減弱 (請在○中填入肌力分數 0-4) ○右上肢 ○左上肢 ○右下肢 ○左下肢 ○軀幹 ○其他_____ |
| 六、心肺耐力 | 請在下列四個選項中勾選最適合學生情形： <input type="checkbox"/> 一般體力活動無限制 <input type="checkbox"/> 一般體力活動稍受限制 <input type="checkbox"/> 日常生活受限 <input type="checkbox"/> 休息時亦有症狀 |

【續下頁】

| 巴氏量表(Barthel Index) | | |
|---------------------------------|--------------------|---|
| 項目 | 分數 | 內容 |
| 一、進食 | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 自己在合理的時間內(約 10 秒鐘吃一口), 可用筷子取食眼前食物。若須使用進食輔具, 會自行, 不須協助。 <input type="checkbox"/> 須別人協助取用或切好食物或穿脫進食輔具。 <input type="checkbox"/> 無法自行取食。 |
| 二、移位 (包含由床上平躺到坐起, 並可由床移位至輪椅) | 15 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 可自行坐起, 且由床移位至椅子或輪椅, 不須協助, 包括輪椅煞車及移開腳踏板, 且沒有安全上的顧慮。 <input type="checkbox"/> 在上述移位過程中, 須些微協助(例如: 予以輕扶以保持平衡)或提醒, 或有安全上的顧慮。 <input type="checkbox"/> 可自行坐起但須別人協助才能移位至椅子。 <input type="checkbox"/> 須別人協助才能坐起, 或須兩人幫忙方可移位。 |
| 三、個人衛生 (包含刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮和刮鬍子) | 5 0 | <input type="checkbox"/> 可自行刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮和刮鬍子。 <input type="checkbox"/> 須別人協助才能完成上述盥洗項目。 |
| 四、如廁 (包含穿脫衣物、擦拭、沖水) | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 可自行上下馬桶, 便後清潔, 不會弄髒衣褲, 且沒有安全上的顧慮, 倘使用便盆, 可自行取放並清洗乾淨。 <input type="checkbox"/> 在上述如廁過程中須協助保持平衡, 整理衣物或使用衛生紙。 <input type="checkbox"/> 無法自行完成如廁過程。 |
| 五、洗澡 | 5 0 | <input type="checkbox"/> 可自行完成盆浴或淋浴。 <input type="checkbox"/> 須別人協助才能完成盆浴或淋浴。 |
| 六、平地走動 | 15 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 使用或不使用輔具(包括穿支架義肢或無輪子之助行器)皆可獨立行走 50 公尺以上。 <input type="checkbox"/> 需要稍微扶持或口頭教導方向可行走 50 公尺以上。 <input type="checkbox"/> 雖無法行走, 但可獨立操作輪椅或電動輪椅(包含轉彎、進門及接近桌子、床沿)並可推行 50 公尺以上。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。 |
| 七、上下樓梯 | 10 | <input type="checkbox"/> 可自行上下樓梯(可抓扶手或用拐杖)。 |

| | | |
|----------|---------------------------|---|
| | 5 0 | <input type="checkbox"/> 需要稍微扶持或口頭指導。 <input type="checkbox"/> 無法上下樓梯。 |
| 八、穿脫衣褲鞋襪 | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 可自行穿脫衣褲鞋襪，必要時使用輔具。 <input type="checkbox"/> 在別人幫忙下，可自行完成一半以上動作。 <input type="checkbox"/> 需要別人完全幫忙。 |
| 九、大便控制 | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 不會失禁，必要時會自行使用塞劑。 <input type="checkbox"/> 偶而會失禁(每週不超過一次)，使用塞劑時需要別人幫忙。 <input type="checkbox"/> 失禁或需要灌腸。 |
| 十、小便控制 | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 日夜皆不會尿失禁，必要時會自行使用並清理尿布尿套。 <input type="checkbox"/> 偶而會失禁(每週不超過一次)，使用尿布尿套時需要別人幫忙。 <input type="checkbox"/> 失禁或需要導尿。 |
| 總分 | 分 (總分須大寫並不得有塗改情形，否則無效) | |