



核定機關	行政院主計處
核定文號	台(84)處普三字第04838號
有效期間	至民國84年9月

內政部·省市縣政府

## 臺灣地區殘障者生活狀況訪問表

調查標準日：民國83年12月31日

樣本編號							
市	縣	鄉	鎮	殘障類別	殘障等級	樣本字	本號

戶籍地址：\_\_\_\_\_縣\_\_\_\_\_鄉市\_\_\_\_\_村\_\_\_\_\_路\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_櫻\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_鎮區\_\_\_\_\_里\_\_\_\_\_鄰\_\_\_\_\_街\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_室

殘障者姓名：\_\_\_\_\_聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_

- 一、本訪問表係依據「統計法」及行政院頒布「中華民國第二期統計發展中程計畫」之規定辦理。
- 二、本表所填資料，供整體統計分析及政府擬訂施政計畫參考用，個別資料絕對保密，敬請惠予合作與支持。
- 三、本表訪問之對象，以民國八十三年十二月底戶籍常設於臺灣地區內領有政府機關發給之殘障手冊者為準（植物人、老人痴呆症患者、自閉症者三類及重度、多重、偏遠高齡等殘障者與未滿十二歲的殘障兒童，則以照顧者或監護人為訪問對象）。
- 四、填表前請參閱「填表說明」後，再依據殘障者之感覺、看法、主張或認定，據實填答。
- 五、表中所有答案附有方格「□」者，選擇適當答案填入「√」符號。劃有「\_\_\_\_\_」者，請填數字或文字（或填註說明）。

接受訪問者：□1.殘障者本人

□2.監護人(或聯絡人)

↳與受訪者關係：□2.父母

□3.配偶或同居人

□4.兄弟姊妹

□5.(外)祖父母

□6.子女(含媳婿)

□7.(外)孫子女

□8.伯叔姑舅姨

□9.岳父母、公婆

□10.鄰居

□11.同學、同事或朋友

□12.其他\_\_\_\_\_ (請說明)

## 一、殘障者基本資料

- 1.性別：□(1)男 □(2)女
- 2.出生年月：民國(前)\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月
- 3.教育程度：
  - (1)不識字 □(2)國小 □(3)國(初)中 □(4)高中、高職
  - (5)大專以上 □(6)特殊教育\_\_\_\_\_年 □(7)自修
- 4.婚姻狀況：
  - (1)未婚 □(2)有配偶或同居 □(3)離婚或分居 □(4)喪偶
- 5.殘障類別：
  - (1)視覺障礙 □(2)聽覺或平衡機能障礙：
    - ↳□A聽覺機能障礙 □B平衡機能障礙
  - (3)聲音機能或語言機能障礙
  - (4)肢體殘障
    - ↳□A上肢(手) □B下肢(腳) □C軀幹
  - (5)智能障礙 □(6)多重障礙 □(7)重要器官失去功能
  - (8)顏面傷殘 □(9)植物人 □(10)老人痴呆症
  - (11)自閉症 □(12)其他(經中央主管機關認定之殘障類別)
- 6.殘障等級：(請依據殘障手冊認定填列)
  - (1)極重度 □(2)重度 □(3)中度 □(4)輕度
- 7.造成殘障原因：
  - (1)先天
  - (2)疾病：被診斷出來時年齡：\_\_\_\_\_歲：
    - ↳病因是：
      - A感染病 □B中毒性疾病
      - C細胞病變 □D其他疾病
  - (3)意外傷害 □(4)交通事故 □(5)職業傷害 □(6)戰爭
  - (7)其他\_\_\_\_\_ (請說明)

## 二、殘障者家庭生活狀況

- 8.您(殘障者)目前的居住方式是
  - (1)獨居 □(2)僅與配偶同住
  - (3)與父母、配偶、子女或孫子女同住(包括隔鄰而居及輪住)
  - (4)與其他親戚同住 □(5)與朋友同事同住
  - (6)特殊教育機構 □(7)特殊職業訓練機構
  - (8)公私立教養或安、療養機構 □(9)其他\_\_\_\_\_ (請說明)
- 9.您(殘障者)目前日常生活起居的自理能力如何？
 

	A 可以自理	B 花點時間 可以自理	C 部分需要 被協助	D 全部需要 被協助
六歲以下兒童免填				
(1)吃飯	□	□	□	□
(2)上廁所	□	□	□	□
(3)洗澡	□	□	□	□
(4)穿脫衣服	□	□	□	□
(5)家中移動	□	□	□	□

10.請問您(殘障者)目前主要由什麼人照顧生活起居？

甲□不需要人照顧

乙□需要人照顧：現住福利機構：

□(1)殘障教養機構 □(2)醫療院所 □(3)老人養護機構

□(4)育幼院

□(5)職訓機構

□(6)特殊學校

每月費用\_\_\_\_\_元；其中自付\_\_\_\_\_元；政府補助\_\_\_\_\_元

丙□需要人照顧：現住一般家宅：

□(1)親人照顧：照顧您最多(在時間上)的是：

↳□A配偶

□B父、母親

□C(外)祖父、母

□D伯叔姑舅姨

□E子女(含媳婿)

□F(外)孫子女

□G岳父母、公婆

□H其他\_\_\_\_\_ (請說明)

□(2)僱人照顧

□(3)朋友同事照顧

□(4)無人照顧

□(5)其他\_\_\_\_\_ (請說明)

11.請問您(殘障者)最近三個月外出活動的情形如何？

□(1)每天外出

□(2)經常外出

□(3)偶爾外出

□(4)都沒有外出

□(5)無法外出

12.請問您(殘障者)最近一年是否曾參加政府、民間團體或殘障團體為殘障朋友提供的活動或服務？

□(1)無

□(2)有，參加活動或接受服務類別是：(可複選)

↳□(1)郊遊露營

□(2)運動會

□(3)園遊會

□(4)音樂會

□(5)慈善晚會

□(6)諮詢服務

□(7)專題演講

□(8)家事服務

□(9)就醫服務

□(10)疾病看護及簡易護理

□(11)生活事務服務

□(12)其他\_\_\_\_\_ (請說明)

## 三、家庭經濟狀況

13.請問您(殘障者)目前家裡有幾個人在工作？\_\_\_\_\_人；

主要經濟來源是：(最多可複選三項，並按優先順序填列)

(1)本人

(2)配偶

(3)父親

(4)母親

(5)(外)祖父、母

(6)兄弟姊妹

(7)伯叔姑舅姨

(8)子女(含媳婿)

(9)(外)孫子女

(10)政府機構救濟

(11)民間慈善機構救濟

(12)朋友鄰居

(13)其他\_\_\_\_\_ (請說明)

最主要\_\_\_\_\_

次要\_\_\_\_\_

再次要\_\_\_\_\_

14.請問您(殘障者)有無領取中低收入殘障者居家生活補助？

□(1)有，每月\_\_\_\_\_元

□(2)無

15.請問您(殘障者)家裡最近一年(83年1月至12月)

(1)平均每月家庭支出為\_\_\_\_\_元

(2)平均每月家庭支出及收入是否能夠平衡？

□A收支平衡

□B收入大於支出(有儲蓄)

□C收入小於支出(不夠用)

(請續查填背面問項)

(續接正面查填)

#### 四、殘障者工作現況、就業及職業訓練

(14歲以下問項16至問項20免填)

16、您(殘障者)目前有沒有工作?

☐ (1)有

甲、您(殘障者)目前的工作是在什麼場所?

- (1)服務單位名稱 \_\_\_\_\_  
(2)主要產品或業務 \_\_\_\_\_  
(3)從業員工人數(在政府機構服務者免填)  
☐ A) 1人~9人 ☐ B) 10人~29人  
☐ C) 30人~99人 ☐ D) 100人以上

乙、您(殘障者)在該工作場所內擔任的職務是什麼?

- (1)工作部門 \_\_\_\_\_  
(2)職位名稱 \_\_\_\_\_  
(3)經辦工作內容 \_\_\_\_\_

丙、您(殘障者)在該工作場所內身分是什麼?

☐ A 自雇者 ☐ B 受雇者

☐ (2)沒有,原因是:

- ☐ (2)身體重度以上殘障無法工作 \_\_\_\_\_  
☐ (3)罹患重病須長期療養 \_\_\_\_\_ (轉21)  
☐ (4)在學中 \_\_\_\_\_  
☐ (5)已退休 \_\_\_\_\_  
☐ (6)工資因素(指達不到基本要求工資) \_\_\_\_\_ (轉20)  
☐ (7)其他 \_\_\_\_\_ (請說明)

17、您(殘障者)的工作環境裡,有無設置下列無障礙設施?

(請在□內勾選一項)

	A	B	C	D
	有	沒有	正在審建中	沒有需要
(1)殘障專用電梯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)輪椅斜坡道及扶手	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)殘障專用廁所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)自動大門	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)點字設備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)導盲設施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)電子語音播報系統	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)其他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(請說明)

18、您(殘障者)對目前工作的感覺滿意程度是:(請在□內勾選一項)

	A	B	C	D	E
	很滿意	滿意	普通	不滿意	很不滿意
(1)工作收入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)工作時數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)工作地點	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)工作保障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)適合志趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)員工福利	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)同事關係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)訓練或進修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9)工作安全衛生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10)工作環境無障礙設施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11)交通協助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12)其他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(請說明)

19、您(殘障者)會從事目前工作的主要原因為何?(最多可複選三項,並請按優先順序填列)

- (1)學習工作技能 (2)吸取社會經驗 (3)協助家庭企業工作  
(4)參加建教合作 (5)受同學朋友工作之影響  
(6)負擔家庭生計 (7)不願賦閒在家 (8)工作地點及環境適合  
(9)其他 \_\_\_\_\_ (請說明)

最主要 \_\_\_\_\_ 次要 \_\_\_\_\_ 再次要 \_\_\_\_\_

20、您(殘障者)是否曾經接受過職業訓練?

☐ (1)是:(轉21)

☐ (2)否

乙、您(殘障者)是否願意接受職業訓練?

甲 ☐ 願意;希望接受職業訓練種類是:

- ☐ (1)工業類 ☐ (2)商業、服務業類  
☐ (3)農漁業類 ☐ (4)其他 \_\_\_\_\_ (請說明)

乙 ☐ 不願意;原因是:(最多可複選三項,並請按優先順序填列)

- (1)沒有耐性 (2)基本學識低,學習力弱  
(3)記憶差,學習困難 (4)受訓期間無法負擔家庭生計  
(5)本職不需再訓練,不想轉業  
(6)沒有合適的訓練種類 (7)年事已高,不想接受訓練  
(8)時間不允許 (9)其他 \_\_\_\_\_ (請說明)

最主要 \_\_\_\_\_ 次要 \_\_\_\_\_ 再次要 \_\_\_\_\_

#### 五、醫療照顧需求

21、您(殘障者)最近三個月的健康情況如何?

- ☐ (1)健康尚好,少有病痛  
☐ (2)健康不太好,但尚不致影響日常生活  
☐ (3)無自顧能力需人照顧,其時間已有 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

22、您(殘障者)最近三個月的醫療情形如何?

- (1)您最近三個月看過幾次病? \_\_\_\_\_ 次  
(2)其中住院幾次? \_\_\_\_\_ 次;合計多少天? \_\_\_\_\_ 天  
(3)上述看病或住院總共花多少醫療費用 \_\_\_\_\_ 元  
(含自付費用及全民健保掛號費及部分負擔費用)

23、您(殘障者)目前除全民健保外有無參加任何公民營醫療保險或政府就醫優待?

甲 ☐ 有:(可複選)

- ☐ (1)公務人員(含退休人員)保險  
☐ (2)私立學校教職員(含退休人員)保險  
☐ (3)勞工(含漁民)保險 ☐ (4)農民健康保險  
☐ (5)民營人壽保險(含附加險)  
☐ (6)軍人保險 ☐ (7)榮民就醫優待  
☐ (8)學生平安保險 ☐ (9)其他 \_\_\_\_\_ (請說明)

乙 ☐ (10)無

#### 六、對政府或民間團體未來辦理殘障福利措施的期望

24、您(殘障者)認為政府或民間團體未來應優先提供那些殘障福利措施?(最多可複選五項,並請按優先順序填列)

甲、醫療保險方面

- (1)生活輔助器具補助  
(2)建立殘障國民年金制度  
(3)復健治療補助

乙、教育文康方面

- (4)鼓勵殘障者參與適合殘障者之文康休閒活動  
(5)提供殘障者諮詢心理輔導服務  
(6)特殊教育

丙、就業與職訓方面

- (7)成立殘障者職能就業評估中心並轉介服務  
(8)落實公私立機關等進用殘障者符合規定之比率

丁、經濟與生活方面

- (9)主動通知並協助殘障者(或代理人)辦理殘障鑑定核發手冊  
(10)殘障者教養機構居家照護  
(11)降低自購住宅貸款利息  
(12)擴大殘障者稅負減免  
(13)調高殘障者生活補助費  
(14)加強保障有工作能力殘障者最低合理薪資  
(15)加強建立無障礙生活環境設施及設備  
(16)其他 \_\_\_\_\_ (請說明)

優先順序為:第一 \_\_\_\_\_ 第二 \_\_\_\_\_ 第三 \_\_\_\_\_ 第四 \_\_\_\_\_ 第五 \_\_\_\_\_

督導員  
(簽名或蓋章)

審核員  
(簽名或蓋章)

訪查員  
(簽名或蓋章)

填表日期  
民國 84 年 月 日