

108 學年度大學術科考試身心障礙考生應考服務申請

診斷證明書

(試務行政組填寫)

障別：視障肢障他障聽障

編號：

※請至衛生福利部認定之醫學中心或區域醫院或地區教學醫院，與考生障礙類別相關之醫療科別，檢查影響考生考試之各項閱讀、書寫及移動等能力。舉例說明參考如下：視障考生至眼科檢查「視覺功能」，聽障考生至耳鼻喉科檢查「聽覺功能」，肢障考生至復健科、神經科檢查「慣用手」、「書寫表現」等肢體功能，學習障礙、情緒行為障礙、自閉症等考生至（青少年兒童）精神科、心智科檢查「精神功能」。學習障礙考生如因診斷證明書取得困難，可以繳交經政府主管教育行政機關核發之教育鑑定證明。若教育鑑定證明未載明考場服務需求，須提供佐證考場需求之鑑定摘要表或個別化教育計畫（高級中等教育階段）。檢查事項如有疑義，請先向本中心洽詢。

「診斷證明書」開立時間須為 107 年 8 月~108 年 7 月，考生如於本學年度任一考試時已繳交者，得不需再繳交；惟申請特殊項目不同者，仍須重新繳交。

考生姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證號		電 話	()
應診醫院			
應診科別		應診日期	年 月 日

(以下請醫師詳實填寫)

診 斷	
病 情	
請詳述。視覺障礙者，務請註明雙眼視力或視野。聽覺機能障礙者，務請註明雙耳聽力功能。	<input type="checkbox"/> 病情屬永久性障礙或在 6 個月內仍無法改善者，務請勾選。

類別說明：(請至障礙類別相關之醫療科別檢查，下列各項有勾選部分敬請主治醫師逐項簽章)

<p>1. 視覺功能 <input type="checkbox"/>正常<input type="checkbox"/>有障礙 【醫師簽章】【以下可複選，以矯正視力為準】 右眼視力(矯正後)_____ 左眼視力(矯正後)_____</p> <p>眼球震顫 _____ 重度障礙： <input type="checkbox"/>1.兩眼視力均看不到 0.01 (小於 50 公分辨指數)。 <input type="checkbox"/>2.優眼自動視野計中心 30 度程式檢查，平均缺損大於 20dB (不含)者。</p> <p>中度障礙： <input type="checkbox"/>1.兩眼視力均看不到 0.1 時，或優眼視力為 0.1，另眼視力小於 0.05 (不含)者。 <input type="checkbox"/>2.優眼自動視野計中心 30 度程式檢查，平均缺損大於 15dB (不含)者。</p> <p>輕度障礙： <input type="checkbox"/>1.兩眼視力均看不到 0.3，或優眼視力為 0.3，另眼視力小於 0.1 (不含)時，或優眼視力 0.4，另眼視力小於 0.05 (不含)者。 <input type="checkbox"/>2.兩眼視野各為 20 度以內者。 <input type="checkbox"/>3.優眼自動視野計中心 30 度程式檢查，平均缺損大於 10dB (不含)者。</p> <p>其他(請註明) _____</p>	<p>2. 慣用手 <input type="checkbox"/>右手<input type="checkbox"/>左手</p> <p>3. 書寫表現 <input type="checkbox"/>正常<input type="checkbox"/>有障礙 【醫師簽章】【以下可複選】 <input type="checkbox"/>寫字慢 書寫速度： _____ 字/分 <input type="checkbox"/>準確度差 <input type="checkbox"/>可讀性差 上肢功能： <input type="checkbox"/>抓握力氣差 <input type="checkbox"/>雙手協調度差 <input type="checkbox"/>上臂位移控制差 <input type="checkbox"/>其他(請註明) _____ _____</p>
---	--

(續背面)

診斷證明書

障別：視障聽障肢障他障

編號：

類別說明

(下列各項有勾選部分敬請主治醫師逐項簽章)

4.坐姿平衡功能 正常有障礙

【醫師簽章】 【可複選】

- 無法自行坐下或站起
- 姿勢異常
- 書寫時會使姿勢控制不好
- 主軀幹控制不好
- 骨盆穩定度差
- 下肢緊張不穩
- 需定時變化姿勢，無法久坐
- 無法坐
- 其他(請註明)

5.移位功能 正常有障礙

【醫師簽章】 【可複選】

- 上下樓梯需協助
- 需用輔具才能行走
- 需用輪椅才能移位
- 由站到坐需協助
- 移位速度慢
- 其他(請註明)

6.聽覺功能 正常有障礙

【醫師簽章】 【可複選】

障礙部位 左耳右耳兩耳

- 重度障礙：
雙耳整體障礙比率大於 90.0% 如無法取得純音聽力閾值則為優耳 (ABR) 聽力閾值大於 90 分貝。
- 中度障礙：
雙耳整體障礙比率介於 70.1% 至 90.0% 如無法取得純音聽力閾值則為優耳 (ABR) 聽力閾值介於 70 至 90 分貝。

輕度障礙：

雙耳整體障礙比率介於 50.0% 至 70.0% 如無法取得純音聽力閾值則為優耳 (ABR) 聽力閾值介於 55 至 69 分貝。

其他(請註明)7.精神功能 正常有障礙

【醫師簽章】 【可複選】

(1)思考

- 閱讀理解障礙
- 其他思考流程功能障礙
(請說明：_____)

(2)注意力

- 注意力持續功能障礙
- 注意力轉換功能障礙
- 注意力集中功能障礙(易分心)
(請說明：_____)

(3)情緒

- 有顯著焦慮畏懼症狀
- 有顯著憂慮症狀
- 有顯著調節障礙
(請說明：_____)

(4)行為

- 有顯著強迫症狀
- 有顯著衝動控制症狀
- 有顯著固著行為
- 有顯著其他干擾行為
(請說明：_____)

(5)溝通

- 口語理解功能障礙
- 口語表達功能障礙
(請說明：_____)

以上經本院醫師診斷屬實，特予證明

院長：

中華民國 年 月 日

(需加蓋醫院關防及院長章戳，方具效力)