

# 113 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、區域醫院、地區教學醫院或地區醫院，以及與考生身心障礙類別相關之醫療科別，檢查影響應試之各項閱讀、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」。如因診斷證明書取得困難，可以相關證明文件替代(學習障礙或罕見疾病考生可以繳交經政府主管教育行政機關核發之教育鑑定證明，視覺障礙考生可繳交鑑定日期為112年1月1日以後開立之中華民國身心障礙證明及相關功能性視覺評估補充資料)。若教育鑑定證明未載明考場服務需求，須提供佐證應考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，請先向本會試務行政組(財團法人大學入學考試中心基金會)洽詢，電話02-23661416轉608。

**考生如於本學年度財團法人大學入學考試中心基金會辦理之任一考試時已繳交者，得不需再繳交；惟申請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		應診日期	年 月 日
應診科別			

(以下請醫師詳實填寫)

診 斷	
病 情	<input type="checkbox"/> 病情屬永久性障礙，務請勾選。 <input type="checkbox"/> 病情屬12個月內仍無法顯著改善者，務請勾選。 <input type="checkbox"/> 其他：(請務必詳述)
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。	

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><b>1. 視覺功能</b> <input type="checkbox"/>正常<input type="checkbox"/>有障礙  <b>【醫師簽章】【以下可複選，以矯正視力為準】</b>            右眼視力(矯正後)_____ 左眼視力(矯正後)_____</p> <p><b>眼球震顫</b>  <b>重度障礙：</b>  <input type="checkbox"/>1. 矯正後兩眼視力均看不到0.01(或矯正後小於50公分辨指數)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20dB(不含)者。</p> <p><b>中度障礙：</b>  <input type="checkbox"/>1. 矯正後兩眼視力均看不到0.1時，或矯正後優眼視力為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><b>輕度障礙：</b>  <input type="checkbox"/>1. 矯正後兩眼視力均看不到0.3，或矯正後優眼視力為0.3，另眼視力小於0.1(不含)時，或矯正後優眼視力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><b>其他(請註明)</b> _____</p>	<p><b>2. 慣用手</b> <input type="checkbox"/>右手<input type="checkbox"/>左手</p> <p><b>3. 書寫表現</b> <input type="checkbox"/>正常<input type="checkbox"/>有障礙  <b>【醫師簽章】【以下可複選】</b>  <input type="checkbox"/>寫字慢  <b>書寫速度：</b> _____ 字/分  <input type="checkbox"/>準確度差  <input type="checkbox"/>可讀性差  <b>上肢功能：</b>  <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)

(試務行政組填寫)

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 90.1% 如無法取得純音聽力閾值者，以 ABR 聽力閾值作為純音聽力閾值計算。

##### 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者，以 ABR 聽力閾值作為純音聽力閾值計算。

##### 輕度障礙：

雙耳整體障礙比率介於 45.0%至 70.0%，或一耳聽力閾值超過 90 分貝(含)以上，且另一耳聽力閾值超過 48 分貝(含)以上者。如無法取得純音聽力閾值者，以 ABR 聽力閾值作為純音聽力閾值計算。

##### 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)