

109 學年度身心障礙學生升學大專校院甄試

特殊需求(輔具)申請-診斷證明書

※ 請至衛生福利部認定之醫療單位（衛生福利部護理及健康照護司公告之「身心障礙鑑定醫院名冊」），就考生障礙類別相關之醫療科別辦理檢查。

※ 本表請連同報名表、特殊需求(輔具)申請說明表一併繳交。

考 生 姓 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
中華民國身分證統一 編 號		電話	
應 診 醫 院			
應 診 科 別		應 診 日 期	年 月 日
診 斷	<input type="checkbox"/> 因腦性麻痺引起功能障礙者，請勾選，並簡述。		
病 情	<input type="checkbox"/> 病情屬永久性障礙或6個月內仍無法改善者，請勾選。		
類別說明 (下列各項有勾選部份敬請主治醫師逐項簽章)			
1.視覺功能 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙			
勾選	障礙程度	基準(請醫師勾選並簽章)	
<input type="checkbox"/>	輕度障礙	<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。	
<input type="checkbox"/>	中度障礙	<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。	
<input type="checkbox"/>	重度障礙	<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。 <input type="checkbox"/> 3.雙眼結構完全喪失或組織解構，包含無雙眼、眼球癆及不可逆之眼球萎縮。	
<input type="checkbox"/>	其他	(請說明)	

2.聽覺功能 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙 (障礙部分： <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 雙耳)		
勾選	障礙程度	基準(請醫師勾選並簽章)
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	重度障礙	雙耳整體障礙比率大於等於 90.1% 如無法取得純音聽力閾值則為優耳 (ABR)聽力閾值大於等於 91 分貝。
<input type="checkbox"/>	其他	(請說明)
3.閱讀功能 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙		
勾選	基準(請醫師勾選並簽章)	
<input type="checkbox"/>	閱讀能力測驗得分低於就讀年級負二個標準差(不含)。	
<input type="checkbox"/>	年滿十二歲，且就讀國民中學以上之學校或未就讀者，閱讀能力測驗得分低於國小六年級常模負二個標準差。	
<input type="checkbox"/>	其他(請說明)	
4.書寫/上肢功能 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙 (慣用手： <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手)		
勾選	基準(請醫師勾選並簽章)	
<input type="checkbox"/>	寫字慢，寫字速度：_____字/分	
<input type="checkbox"/>	準確度差	
<input type="checkbox"/>	握筆能力差	
<input type="checkbox"/>	書寫語言能力測驗得分低於就讀年級負二個標準差(不含)。	
<input type="checkbox"/>	年滿十二歲，且就讀國民中學以上之學校或未就讀者，書寫語言能力測驗得分低於國小六年級常模負二個標準差。	
<input type="checkbox"/>	翻書動作差	
<input type="checkbox"/>	(慣用手)腕關節活動度差	
<input type="checkbox"/>	上臂位移控制度差	
<input type="checkbox"/>	雙手協調度差	
<input type="checkbox"/>	其他(請說明)	
5.坐姿平衡功能 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙		
勾選	基準(請醫師勾選並簽章)	
<input type="checkbox"/>	無法自行坐下或站起	
<input type="checkbox"/>	姿勢異常	
<input type="checkbox"/>	書寫時會使姿勢控制不好	
<input type="checkbox"/>	主軀幹控制不好	

勾選	基準(請醫師勾選並簽章)
<input type="checkbox"/>	無法久坐，需不定時 <input type="checkbox"/> 站起 或 <input type="checkbox"/> 走動 或 <input type="checkbox"/> 平躺
<input type="checkbox"/>	無法自行控制頭部或軀幹
<input type="checkbox"/>	無法坐
<input type="checkbox"/>	其他(請說明)

6.移位功能 正常 有障礙

勾選	基準(請醫師勾選並簽章)
<input type="checkbox"/>	上下樓梯需協助
<input type="checkbox"/>	需用輔具才能行走
<input type="checkbox"/>	需用輪椅才能移位
<input type="checkbox"/>	由站到坐需協助
<input type="checkbox"/>	移位速度慢
<input type="checkbox"/>	其他(請說明)

7.精神功能 正常 有障礙

分類	勾選	基準(請醫師勾選並簽章)
注意力	<input type="checkbox"/>	注意力持續功能障礙
	<input type="checkbox"/>	注意力轉移功能障礙
	<input type="checkbox"/>	注意力集中功能障礙(易分心)
情緒	<input type="checkbox"/>	焦慮畏懼症狀
	<input type="checkbox"/>	憂慮症狀
行為	<input type="checkbox"/>	強迫症狀
	<input type="checkbox"/>	固著行為
	<input type="checkbox"/>	衝動控制症狀
	<input type="checkbox"/>	其他干擾行為(請說明)
溝通	<input type="checkbox"/>	口語理解功能障礙
	<input type="checkbox"/>	口語表達功能障礙
其他	(請說明)	

以上經本院醫師診斷屬實，特予證明

院 長：

主治醫師：

中 華 民 國 年 月 日

(需加蓋醫院關防，方具效力)