

附錄十二

115 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

※ 請至衛生福利部護理及健康照護司公告之「身心障礙鑑定醫院名冊」內之醫院，就考生障礙類別辦理檢查。

※ 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	☐ 男 ☐ 女
中 華 民 國 國 民 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	☐ 因腦性麻痺引起功能障礙者，請勾選，並簡述。		
病 情	☐ 病情屬永久性障礙，請勾選。		
	☐ 病情屬 12 個月內仍無法顯著改善者，請勾選		
	☐ 其他（請詳述）		
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）			
1.視覺功能 ☐ 正常 ☐ 有障礙			
右眼視力（矯正後）_____ 左眼視力（矯正後）_____			
勾選	障礙程度	基準（請醫師勾選並簽章）（以下可複選，以矯正視力為準）	
☐	眼球震顫	--	
☐	輕度障礙	☐ 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。 ☐ 2.兩眼視野各為 20 度以內者。 ☐ 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。	
☐	中度障礙	☐ 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。 ☐ 2.優眼自動視野計中心 30 度程式檢查，平均缺損大於 15 dB (不含)者。	
☐	重度障礙	☐ 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。 ☐ 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。	
☐	其他	(請說明)	

2.聽覺功能 ☐ 正常 ☐ 有障礙 (障礙部分： ☐ 右耳 ☐ 左耳 ☐ 雙耳)		
勾選	障礙程度	基準 (請醫師勾選並簽章) (可複選)
☐	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。
☐	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者，以 ABR 聽力閾值作為純音聽力閾值計算。
☐	其他	(請說明)
3.閱讀功能 ☐ 正常 ☐ 有障礙		
勾選	基準 (請醫師勾選並簽章) (可複選)	
☐	閱讀理解障礙	
☐	閱讀能力測驗得分低於就讀年級負二個標準差(不含)。	
☐	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。	
☐	其他 (請說明)	
4.書寫/上肢功能 ☐ 正常 ☐ 有障礙 (慣用手： ☐ 右手 ☐ 左手)		
勾選	基準 (請醫師勾選並簽章) (可複選)	
☐	寫字慢，書寫速度：_____字／分	
☐	準確度差	
☐	可讀性差	
☐	書寫語言能力測驗得分低於就讀年級負二個標準差(不含)。	
☐	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。	
☐	抓握力氣差	
☐	翻書動作差	
☐	(慣用手)腕關節活動度差	
☐	上臂位移控制度差	
☐	雙手協調度差	
☐	其他 (請說明)	
5.坐姿平衡功能 ☐ 正常 ☐ 有障礙		
勾選	基準 (請醫師勾選並簽章) (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	

勾選	基準（請醫師勾選並簽章）（可複選）	
☐	骨盆穩定度差	
☐	下肢緊張不穩	
☐	無法久坐，需不定時 ☐ 站起 或 ☐ 走動 或 ☐ 平躺	
☐	無法坐	
☐	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）（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）（可複選）
注意力	☐	注意力持續功能障礙
	☐	注意力轉移功能障礙
	☐	注意力集中功能障礙（易分心）
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
行為	☐	有顯著強迫症狀
	☐	有顯著固著行為
	☐	有顯著衝動控制症狀
	☐	有顯著其他干擾行為（請說明）
溝通	☐	口語理解功能障礙
	☐	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

（須加蓋醫院關防及院長章戳，方具效力）