附錄十二

116 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.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
□	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）

4.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
□	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）

5.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）

6.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）
思考	□	閱讀理解障礙
	□	其他思考流程功能障礙
	（請說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）	
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）
	（請說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）	
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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）	
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）
	（請說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）	
溝通	□	口語理解功能障礙
	□	口語表達功能障礙
	（請說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）	
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）