**附錄十二**

**111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**  **(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** | | | | |
| **勾選** | **障礙程度** | **基準(請醫師勾選並簽章)** | | |
| □ | 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。  □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。 | | |
| □ | 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)** |
| □ | 輕度障礙 | 雙耳整體障礙比率介於45.0%至70.0%，或一耳聽力閥值超過90分貝(含)以上，且另一耳聽力閥值超過48分貝(含)以上者。如無法取得純音聽力閾值者，以ABR聽力閾~~貝~~作為純音聽力閥值計算。 |
| □ | 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閥值計算。 |
| □ | 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閥值計算。 |
| □ | 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)** | |
| □ | 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)** | |
| □ | 寫字慢，寫字速度：　　　　　　字／分 | |
| □ | 準確度差 | |
| □ | 握筆能力差 | |
| □ | 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。 | |
| □ | 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)** | |
| □ | 無法自行坐下或站起 | |
| □ | 姿勢異常 | |
| □ | 書寫時會使姿勢控制不好 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **勾選** | **基準(請醫師勾選並簽章)** | |
| □ | 主軀幹控制不好 | |
| □ | 無法久坐，**需不定時** □**站起 或** □**走動 或** □**平躺** | |
| □ | 無法自行控制頭部或軀幹 | |
| □ | 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)** | |
| □ | 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)** |
| 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 | □ | 焦慮畏懼症狀 |
| □ | 憂慮症狀 |
| 行為 | □ | 強迫症狀 |
| □ | 固著行為 |
| □ | 衝動控制症狀 |
| □ | 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  **（需加蓋醫院關防，方具效力）** |