

## 附錄十二

### 112 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 因 <b>腦性麻痺</b> 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，請勾選。		
	<input type="checkbox"/> 病情屬 12 個月內仍無法顯著改善者，請勾選		
	<input type="checkbox"/> 其他(請詳述)		
<b>類別說明</b>			
<b>(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)</b>			
1.視覺功能 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙			
右眼視力(矯正後)_____ 左眼視力(矯正後)_____			
勾選	障礙程度	<b>基準(請醫師勾選並簽章)(以下可複選，以矯正視力為準)</b>	
<input type="checkbox"/>	眼球震顫	--	
<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 15 dB (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"/>	其他	(請說明)	

<b>2.聽覺功能</b> <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)		
<b>勾選</b>	<b>障礙程度</b>	<b>基準(請醫師勾選並簽章)(可複選)</b>
<input type="checkbox"/>	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。
<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者，以 ABR 聽力閾值作為純音聽力閾值計算。
<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者，以 ABR 聽力閾值作為純音聽力閾值計算。
<input type="checkbox"/>	其他	(請說明)
<b>3.閱讀功能</b> <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙		
<b>勾選</b>	<b>基準(請醫師勾選並簽章)(可複選)</b>	
<input type="checkbox"/>	閱讀理解障礙	
<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)	
<b>4.書寫/上肢功能</b> <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙 (慣用手： <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手)		
<b>勾選</b>	<b>基準(請醫師勾選並簽章)(可複選)</b>	
<input type="checkbox"/>	寫字慢，書寫速度： <u>                    </u> 字/分	
<input type="checkbox"/>	準確度差	
<input type="checkbox"/>	可讀性差	
<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"/>	抓握力氣差	
<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)	
<b>5.坐姿平衡功能</b> <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙		
<b>勾選</b>	<b>基準(請醫師勾選並簽章)(可複選)</b>	
<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	<b>基準(請醫師勾選並簽章)(可複選)</b>	
<input type="checkbox"/>	骨盆穩定度差	
<input type="checkbox"/>	下肢緊張不穩	
<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"/>	無法坐	
<input type="checkbox"/>	其他(請說明)	
<b>6.移位功能</b> <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙		
勾選	<b>基準(請醫師勾選並簽章)(可複選)</b>	
<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)	
<b>7.精神功能</b> <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙		
分類	勾選	<b>基準(請醫師勾選並簽章)(可複選)</b>
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"/>	有顯著焦慮畏懼症狀
	<input type="checkbox"/>	有顯著憂慮症狀
	<input type="checkbox"/>	有顯著調節障礙
行為	<input type="checkbox"/>	有顯著強迫症狀
	<input type="checkbox"/>	有顯著固著行為
	<input type="checkbox"/>	有顯著衝動控制症狀
	<input type="checkbox"/>	有顯著其他干擾行為(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

(須加蓋醫院關防，方具效力)