

# 107 學年度身心障礙考生申請應考服務專用

## 診斷證明書

(大考中心填寫)

障別：視障聽障肢障他障

編號：

考試類別： 高中英語聽力測驗  學科能力測驗  指定科目考試

(務必勾選)

※請至衛生福利部認定之醫學中心或區域醫院或地區教學醫院，與考生障礙類別相關之醫療科別，檢查影響考生考試之各項閱讀、書寫及移動等能力。舉例說明參考如下：視障考生至眼科檢查「視覺功能」，聽障考生至耳鼻喉科檢查「聽覺功能」，肢障考生至復健科、神經科檢查「慣用手」、「書寫表現」等肢體功能，學習障礙、情緒行為障礙、自閉症等考生至（青少年兒童）精神科、心智科檢查「精神功能」。檢查事項如有疑義，請先向本中心洽詢，電話 02-23661416 轉 614。「診斷證明書」如曾於本中心 107 學年度任一考試已繳驗者，本次考試得不需再繳驗；惟申請應考服務項目不同者，仍須重新繳驗。

考生姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證號		電 話	( )
應診醫院			
應診科別		應診日期	年 月 日

(以下請醫師詳實填寫)

<b>診 斷</b>	
<b>病 情</b>	
請詳述。視覺障礙者，務請註明雙眼視力或視野。聽覺機能障礙者，務請註明雙耳聽力功能。	
	<input type="checkbox"/> 病情屬永久性障礙或在 6 個月內仍無法改善者，務請勾選。

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)

<p><b>1. 視覺功能</b> <input type="checkbox"/>正常<input type="checkbox"/>有障礙 【醫師簽章】【以下可複選，以矯正視力為準】</p> <p>_____ <b>眼球震顫</b></p> <p>_____ <b>重度障礙：</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. 兩眼視力均看不到 0.01 (小於 50 公分辨指數)。</p> <p><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。</p> <p>_____ <b>中度障礙：</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. 兩眼視力均看不到 0.1 時，或優眼視力為 0.1，另眼視力小於 0.05 (不含) 者。</p> <p><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。</p> <p>_____ <b>輕度障礙：</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. 兩眼視力均看不到 0.3，或優眼視力為 0.3，另眼視力小於 0.1 (不含) 時，或優眼視力 0.4，另眼視力小於 0.05 (不含) 者。</p> <p><input type="checkbox"/>2. 兩眼視野各為 20 度以內者。</p> <p><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。</p> <p>_____ <b>其他(請註明)</b> _____</p>	<p><b>2. 慣用手</b> <input type="checkbox"/>右手<input type="checkbox"/>左手</p> <p><b>3. 書寫表現</b> <input type="checkbox"/>正常<input type="checkbox"/>有障礙 【醫師簽章】【以下可複選】</p> <p><input type="checkbox"/>寫字慢 <b>書寫速度：</b> _____ 字/分</p> <p><input type="checkbox"/>準確度差</p> <p><input type="checkbox"/>可讀性差</p> <p><b>上肢功能：</b></p> <p><input type="checkbox"/>抓握力氣差</p> <p><input type="checkbox"/>雙手協調度差</p> <p><input type="checkbox"/>上臂位移控制差</p> <p><input type="checkbox"/>其他(請註明)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

(續背面)

(大考中心填寫)

障別：視障聽障肢障他障

編號：

### 類別說明

(下列各項有勾選部分敬請主治醫師逐項簽章)

#### 4. 坐姿平衡功能 正常有障礙

【醫師簽章】 【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
- 需定時變化姿勢，無法久坐
- 無法坐
- 其他（請註明）

#### 5. 移位功能 正常有障礙

【醫師簽章】 【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（請註明）

#### 6. 聽覺功能 正常有障礙

【醫師簽章】 【可複選】

障礙部位 左耳右耳兩耳

##### 重度障礙：

雙耳整體障礙比率大於 90.0% 如無法取得純音聽力閾值則為優耳（ABR）聽力閾值大於 90 分貝。

##### 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。

##### 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則為優耳（ABR）聽力閾值介於 55 至 69 分貝。

##### 其他（請註明）

#### 7. 精神功能 正常有障礙

【醫師簽章】 【可複選】

##### (1) 思考

閱讀理解障礙

其他思考流程功能障礙

（請說明：\_\_\_\_\_）

##### (2) 注意力

注意力持續功能障礙

注意力轉換功能障礙

注意力集中功能障礙（易分心）

（請說明：\_\_\_\_\_）

##### (3) 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：\_\_\_\_\_）

##### (4) 行為

有顯著強迫症狀

有顯著衝動控制症狀

有顯著固著行為

有顯著其他干擾行為

（請說明：\_\_\_\_\_）

##### (5) 溝通

口語理解功能障礙

口語表達功能障礙

（請說明：\_\_\_\_\_）

以上經本院醫師診斷屬實，特予證明

院長：

中華民國 年 月 日

(需加蓋醫院關防及院長章戳，方具效力)