

# 110 學年度身心障礙及重大傷病考生應考服務特殊項目申請

(大考中心填寫)

障別：視障肢障他障聽障

編號：

## 診斷證明書

考試類別： 高中英語聽力測驗  學科能力測驗  指定科目考試

※請至衛生福利部認定之醫學中心、區域醫院、地區教學醫院或地區醫院，以及與考生身心障礙類別或重大傷病相關之醫療科別，檢查影響應試之各項閱讀、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」。學習障礙考生如因診斷證明書取得困難，可繳交經政府主管教育行政機關核發之教育鑑定證明。若教育鑑定證明未載明應考服務需求，須提供佐證應考需求之鑑定摘要表或個別化教育計畫（高級中等教育階段）。檢查事項如有疑義，請先向本中心洽詢。

**「診斷證明書」開立時間須為 109 年 8 月~110 年 7 月，考生如於本學年度本中心辦理之任一考試時已繳交者，得不需再繳交；惟申請項目不同者仍須重新繳交。**

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  <b>【醫師簽章】【以下可複選，以矯正視力為準】</b>                  右眼視力(矯正後)_____ 左眼視力(矯正後)_____</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  <b>【醫師簽章】【以下可複選】</b></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 90.1% 如無法取得純音聽力閾值則為優耳 (ABR) 聽力閾值大於 91 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值則為優耳 (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)

診斷證明書 ( 樣例 )

考試類別： 高中英語聽力測驗

※請至衛生福利部認定之醫學中心、區域醫院、地區教學醫院檢查影響應試之各項閱讀、書寫及移動等能力。舉例說明參查「聽覺功能」，肢障考生至復健科、神經科檢查「慣用手」考生至(青少年兒童)精神科、心智科檢查「精神功能」。機關核發之教育鑑定證明。若教育鑑定證明未載明考場服務中等教育階段)。檢查事項如有疑義，請先向本中心洽詢。  
「診斷證明書」開立時間須為○○年○月~○○年○月，考試申請項目不同者仍須重新繳交。

※已於該學年度任一考試繳交者得不需再繳交與考生障礙類別相關之醫療科別。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」。

考生姓名	李○○	衛生福利部認定之醫學中心、區域醫院、地區教學醫院或地區醫院	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證號	A123xxx789		電話	(02)23661416
應診醫院	○○醫院		應診日期	○○年 8 月 15 日
應診科別	眼科			

(以下請醫師詳實填寫)

診 斷	雙眼視網膜黃斑部病變(以下空白)
病 情	雙眼最佳矯正視力零點零伍(以下空白)
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。	謝○○醫師職章
	<input checked="" 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>1. 視覺功能 <input type="checkbox"/>正常 <input checked="" type="checkbox"/>有障礙 謝○○醫師職章</p> <p>【醫師簽章】【以下可複選，以矯正視力為準】</p> <p>右眼視力(矯正後) 0.05 左眼視力(矯正後) 0.05 謝○○醫師職章</p> <p>眼球震顫                  重度障礙：  <input type="checkbox"/>1.兩眼視力均看不到0.01(小於50公分辨指數)。  <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><input checked="" type="checkbox"/>中度障礙 謝○○醫師職章</p> <p><input checked="" 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。  <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>輕度障礙：  <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。  <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。</p> <p>其他(請註明) _____</p>	<p>2. 慣用手 <input type="checkbox"/>右手 <input type="checkbox"/>左手</p> <p>3. 書寫表現 <input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>有障礙</p> <p>【醫師簽章】【以下可複選】</p> <p><input type="checkbox"/>寫字慢                  書寫速度：_____字/分</p> <p><input type="checkbox"/>準確度差  <input type="checkbox"/>可讀性差</p> <p>上肢功能：  <input type="checkbox"/>抓握力氣差</p> <p><input type="checkbox"/>上臂位移控制差</p> <p><input type="checkbox"/>其他(請註明)                  _____                  _____</p>
--	--

請務必檢視主治醫師勾選部分均有蓋章

(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 90.1% 如無法取得純音聽力閾值則為優耳（ABR）聽力閾值大於 91 分貝。
- 中度障礙：  
雙耳整體障礙比率介於 70.1%至 90.0% 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

請務必確認有加蓋醫院關防，方具效力

以上經本院醫師診斷屬實，特予證明  
院長：

鄭○○院長職章

中華民國 ○○年 8 月 15 日

○○醫院  
關防

(需加蓋醫院關防及院長章戳，方具效力)