

# 大學入學考試中心 110 學年度各項考試

## 身心障礙及重大傷病考生應考服務申請要點暨樣例說明

V1.0(2020.08.04)

### 一、服務對象

- (一) 領有有效身心障礙證明者。
- (二) 經各級主管機關特殊教育學生鑑定及就學輔導會鑑定為身心障礙學生者。
- (三) 因重大傷病嚴重影響應試者。

### 二、服務項目

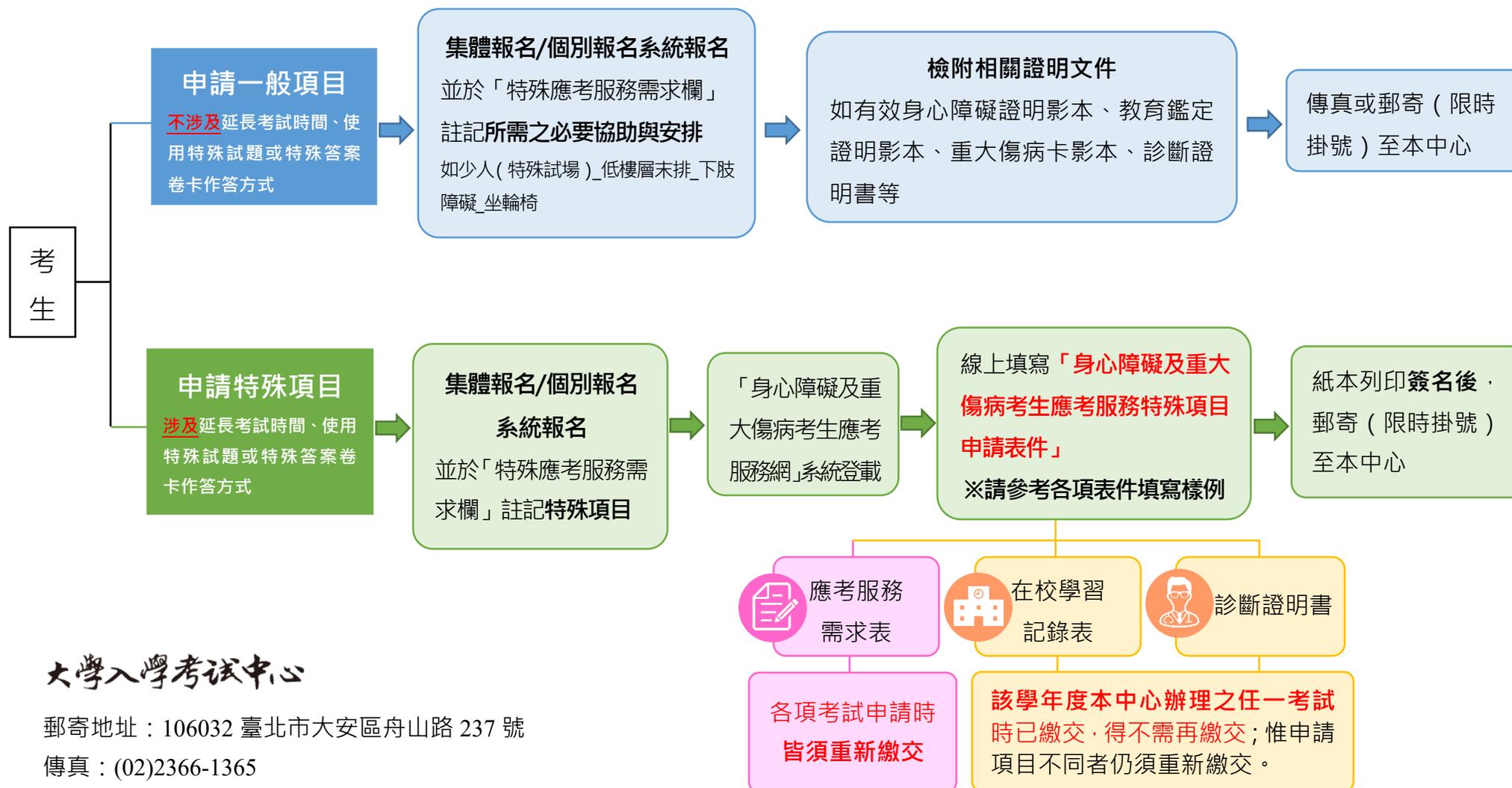
符合服務對象之考生得視其需要，由下列服務項目中，申請一或多種項目：

項目	說明	
一般項目	優先進入試場	各節考試預備鈴響前 5 分鐘進入試場。
	安排特殊座位	安排至低樓層試場或便於應試之座位考試。
	安排特殊試場	安排至人數較少之特殊試場應試。
	其他應試協助措施	因障礙特性或治療需要，經醫師診斷須於應試過程中飲水、服用藥物、使用吸入型藥物、針劑、靜脈注射等。考生申請此項目，將一律安排於人數較少之特殊試場應試。
輔具項目	攜帶使用特定輔具	如拐杖、輪椅、助行器、白手杖、特殊桌椅、放大鏡、擴視機、盲用算盤、助聽器或助聽器搭配調頻輔具、電子耳或電子耳搭配調頻輔具、幫浦、氧氣瓶等。
特殊項目	延長考試時間	1.英聽：以不超過各題原作答時間之 1.5 倍為原則。 2.學測：各節以 30 分鐘為原則。 3.指考：各科以 50 分鐘（全選擇題考科 30 分鐘）為原則。
	使用特殊試題	試題種類包括放大為 A3 紙本試題、點字試題、盲用電子試題、語音播放試題、電子試題 Word 格式搭配螢幕報讀軟體（NVDA）等。
	使用特殊作答方式	1.選擇（填）題作答：使用 A4 代用答案卡或空白答案紙、或使用點字機、（盲用）電腦、錄音等。 2.非選擇題作答：使用點字機、（盲用）電腦、錄音等。

※ 節錄自本中心 110 學年度考試簡章「柒、身心障礙及重大傷病考生應考服務」，詳細說明請詳 110 學年度考試簡章。

# 大學入學考試中心 110 學年度各項考試 身心障礙及重大傷病考生應考服務申請流程

V1.0(2020.08.04)



大學入學考試中心

郵寄地址：106032 臺北市大安區舟山路 237 號

傳真：(02)2366-1365

○○○年度高中英語聽力測驗  
身心障礙及重大傷病考生應考服務特殊項目申請  
應考服務需求表 ( 樣例 )

※本表填妥後，務請於○○年○月○日前繳交，以憑辦理※

(大考中心填寫)

報考考試別：高中英語聽力測驗

障別：視障肢障他障聽障

涉及延長考試時間、使用特殊試題或特殊答案卷卡作答方式須填寫本表

考生姓名	李○○	性別	男	身分證號	A12XXXX789
畢業學校	應屆 979 範例高中	聯絡人及 聯絡電話	姓名：張○○ 關係：師生 電話：02-23661416 行動電話：0912-345678		
考試地區	110 臺北	請務必確認是否與報名系統所填之考試地區相同			

<p>中華民國身心障礙證明</p> <table border="1"> <tr> <td>身分證統一編號</td> <td>姓名</td> <td>出生日期</td> <td>戶籍地址</td> <td>聯絡人</td> <td>鑑定日期</td> <td>障礙等級</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td>日</td> <td></td> </tr> </table> <p>【有效期限】年 月</p> <p>正面</p>		身分證統一編號	姓名	出生日期	戶籍地址	聯絡人	鑑定日期	障礙等級			年 月 日			日			<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">戶籍遷移註記</td> <td>鄉鎮市區</td> <td>村里</td> <td>鄰</td> <td>街路門牌</td> <td>遷入日期</td> <td>承辦人核章</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>背面</p>	戶籍遷移註記	鄉鎮市區	村里	鄰	街路門牌	遷入日期	承辦人核章						
身分證統一編號	姓名	出生日期	戶籍地址	聯絡人	鑑定日期	障礙等級																								
		年 月 日			日																									
戶籍遷移註記	鄉鎮市區	村里	鄰	街路門牌	遷入日期	承辦人核章																								

無身心障礙證明者免填此欄

申請應考服務項目 ( 必填，有其他特殊需求須詳述於備註欄 )

1.入場時間	優先進入試場 ( 各節考試預備鈴響前 5 分鐘進入試場 )
2.考試時間 如有超出簡章所訂各題原作答時間之1.5倍為原則之需求，請於本表之備註欄敘明外，集體報名考生須另檢附各校之公文(函)與在校考試時間需求證明文件，其中公文(函)應具各校特殊教育推行委員會之審查證明；個別報名考生則須另檢附有關書寫、劃記及精細動作等相關醫學評估報告。本中心依據審查小組審定結果提供服務。	延長各題作答時間 ( 以不超過各題原作答時間之 1.5 倍為原則 )
3.紙本試題 如須使用二種(含)以上試題或有其他特殊需求者，請於本表之備註欄敘明，本中心依據審查小組審定結果提供。	使用盲用電子試題 (*brl 格式) (使用語音功能：視窗導盲鼠系統)

<b>4.答案卡</b> 《選擇題作答》 如有特殊需求須使用二種(含)不同作答方式者，請於本表之備註欄敘明，本中心依據審查小組審定結果提供。	使用盲用電腦作答(電腦設備考區提供)
<b>5.使用特定輔具</b>	無
<b>6.考區準備輔具</b>	無
<b>備註欄</b> 《未盡事項，請詳述》	除視覺障礙外，因考試時容易緊張會發出聲音(如：唸出試題內容)，擬請協助安排於單人試場

有其他特殊需求請於備註欄位說明，如本欄不敷填寫，可另紙詳述

親愛的考生、家長(監護人)：

依據「個人資料保護法」(以下簡稱個資法)的規定，請考生、家長詳細閱讀本中心依個資法第8條及第9條規定所為「測驗服務之個人資料蒐集、處理及利用告知事項」(請至中心網站：<https://www.ceec.edu.tw/>關於中心/公開資訊/個人資料保護)。舉凡申請身心障礙及重大傷病考生應考服務考生之健康紀錄及應考人紀錄(例如：在校學習紀錄、個別化教育計畫、心理衡鑑報告等)僅供本中心提供應考服務之依據，不作為其他用途。非應屆個別報名者，如無法由原就讀學校取得「在校學習記錄表」，應依個資法相關規定，授權本中心複製○○學年度後最近一次考試繳交之「在校學習記錄表」電子檔替代。

大學入學考試中心敬啟

考生親自簽名：

李○○

(無法親自簽名者由其監護人代簽並註明原因)

考生為全盲生，由家長代簽

監護人簽名：

張○○

請考生及監護人確認本表之申請項目並親筆簽名後，將紙本限時掛號寄至大考中心

○○○學年度學科能力測驗  
身心障礙及重大傷病考生應考服務特殊項目申請  
應考服務需求表 ( 樣例 )

( 大考中心填寫 )  
報考考試別：學科能力測驗  
障別：視障肢障他障聽障

※本表填妥後，務請於○○年○○月○○日前繳交，以憑辦理※

涉及延長考試時間、使用特殊試題或特殊答案卷卡作答方式須填寫本表  
※即使申請項目與本年度英聽考試相同，仍必須繳交學測之特殊項目申請應考服務需求表

考生姓名	李○○	性別	男	身分證號	A12XXXX789	
畢業學校	應屆 979 範例高中	聯絡人及 聯絡電話		姓名：張○○	關係：師生	
	請務必確認是否與報名系統 所填之報考科目一致			電話：02-23661416	行動電話：0912-345678	
考試地區		110 臺北	請務必確認是否與報名系統所填之考試地區相同			報考科目

<p>中華民國身心障礙證明</p> <p>身分證統一編號</p> <p>姓名</p> <p>出生日期 年 月 日</p> <p>戶籍地址</p> <p>聯絡人</p> <p>鑑定日期 日</p> <p>障礙等級</p> <p>有效期 年 月</p> <p>正面</p>			<p>戶籍遷移登記</p> <table border="1"> <tr> <th>鄉鎮市區</th> <th>村里</th> <th>鄰</th> <th>街路門牌</th> <th>遷入日期</th> <th>承辦人核章</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>背面</p>						鄉鎮市區	村里	鄰	街路門牌	遷入日期	承辦人核章						
鄉鎮市區	村里	鄰	街路門牌	遷入日期	承辦人核章															

無身心障礙證明者免填此欄

申請應考服務項目 ( 必填，有其他特殊需求者須詳述於備註欄 )

1. 入場時間	優先進入試場 ( 各節考試預備鈴響前 5 分鐘進入試場 )
2. 考試時間	<p>如有超出簡章所訂各節以30分鐘為原則之需求，請於本表之備註欄敘明外，集體報名考生須另檢附各校之公文(函)與在校考試時間需求證明文件，其中公文(函)應具各校特殊教育推行委員會之審查證明；個別報名考生則須另檢附有書寫、劃記及精細動作等相關醫學評估報告。本中心依據審查小組審定結果提供。</p> <p>延長考試時間 ( 各節以 30 分鐘為原則 )</p>
3. 試題種類	<p>英文：使用盲用電子試題(*brl 格式)(使用語音功能：視窗導盲鼠系統)</p> <p>國文(選擇題)/國寫：使用盲用電子試題(*brl 格式)(使用語音功能：視窗導盲鼠系統)</p> <p>社會：使用盲用電子試題(*brl 格式)(使用語音功能：視窗導盲鼠系統)</p> <p>數學：使用點字試題</p> <p>國寫：使用盲用電子試題(*brl 格式)(使用語音功能：視窗導盲鼠系統)</p> <p>自然：無選考此科</p>

<b>4.答案卡</b> <b>《選擇題作答》</b> 如有特殊需求須使用二種(含)不同作答方式者,請於本表之備註欄敘明,本中心依據審查小組審定結果提供。	英文：使用盲用電腦作答（電腦設備考區提供） 國文(選擇題)：使用盲用電腦作答（電腦設備考區提供） 社會：使用盲用電腦作答（電腦設備考區提供） 數學：使用點字機作答（點字機需自備） 自然：無選考此科
<b>5.答案卷</b> <b>《非選擇題》</b> 如有特殊需求須使用二種(含)不同作答方式者,請於本表之備註欄敘明,本中心依據審查小組審定結果提供。	英文：使用盲用電腦作答（電腦設備考區提供） 國寫：使用盲用電腦作答（電腦設備考區提供）
<b>6.電腦作答輸入法</b> <b>《如須選擇二種(含),請於備註欄說明》</b>	微軟新注音
<b>7.考生自備特定輔具</b>	點字機
<b>8.考區準備輔具</b>	無
<b>備註欄</b> <b>《未盡事項,請詳述》</b>	(1) 由於數學科多為數理符號,考生以點字閱讀較為方便迅速,故申請單科使用點字試題。另需搭配語音播放試題點字版。 (2) 輸入法需使用微軟新注音及無蝦米輸入法。

**有其他特殊需求請於備註欄位說明,如本欄不敷填寫,可另紙詳述**

親愛的考生、家長（  
依據「個人資料

所為「測驗服務之個人資料蒐集、處理及利用告知事項」(請至中心網站：<https://www.ceec.edu.tw/>關於中心/公開資訊/個人資料保護)。舉凡申請身心障礙及重大傷病考生應考服務考生之健康紀錄及應考人紀錄(例如：在校學習紀錄、個別化教育計畫、心理衡鑑報告等)僅供本中心提供應考服務之依據,不作為其他用途。非應屆個別報名者,如無法由原就讀學校取得「在校學習記錄表」,應依個資法相關規定,授權本中心複製○○學年度後最近一次考試繳交之「在校學習記錄表」電子檔替代。

大學入學考試中心敬啟

考生親自簽名：

李○○

(無法親自簽名者由其監護人代簽並註明原因)

考生為全盲生,由家長代簽

監護人簽名：

陳○○

**請考生及監護人確認本表之申請項目並親筆簽名後,將紙本限時掛號寄至大考中心**

# ○○○學年度指定科目考試 身心障礙及重大傷病考生應考服務特殊項目申請 應考服務需求表 ( 樣例 )

※本表填妥後，務請於○○年○月○日前繳交，以憑辦理※

( 大考中心填寫 )  
報考考試別：指定科目考試  
障別：視障肢障他障聽障  
編號：

涉及延長考試時間、使用特殊試題或特殊答案卷卡作答方式須填寫本表  
※即使申請項目與本年度英聽或學測相同，仍須繳交指考之特殊項目申請應考服務需求表

考生姓名	李○○	性別	男	身分證號	A12XXXX789
畢業學校	應屆 979 範例高中	聯絡人及 聯絡電話		姓名：張○○	關係：師生
	請務必確認是否與報名系統 所填之報考科目一致			電話：02-23661416	行動電話：0912-345678
考試地區			110 臺北	請務必確認是否與報名系統所填之考試地區相同	
報考科目		國文、英文、數學甲			

 <p style="text-align: center; font-weight: bold;">正面</p>	 <p style="text-align: center; font-weight: bold;">背面</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

無身心障礙證明者免填此欄

## 申請應考服務項目 ( 必填，有特殊需要者須詳述於備註欄 )

<b>1.入場時間</b>	優先進入試場 ( 各節考試預備鈴響前 5 分鐘進入試場 )
<b>2.考試時間</b> 如有超出簡章所訂各科以50分鐘 (全選擇題考科30分鐘)為原則之需求，請於本表之備註欄敘明外，集體報名考生須另檢附各校之公文(函)與在校考試時間需求證明文件，其中公文(函)應具各校特殊教育推行委員會之審查證明；個別報名考生則須另檢附有關書寫、劃記及精細動作等相關醫學評估報告。本中心依據審查小組審定結果提供。	延長考試時間 <b>【各科以 50 分鐘(全選擇題考科以 30 分鐘)為原則】</b>

<p><b>3. 試題種類</b></p> <p>如須於同一考試科目使用二種(含)以上試題或有其他特殊需求者，請於本表之備註欄敘明，本中心依據審查小組審定結果提供。</p>	<p>國文：使用盲用電子試題(*brl 格式)(使用語音功能：視窗導盲鼠系統)            英文：使用盲用電子試題(*brl 格式)(使用語音功能：視窗導盲鼠系統)            數學甲：使用點字試題本            物理：無選考此科            化學：無選考此科            生物：無選考此科            數學乙：無選考此科            歷史：無選考此科            地理：無選考此科            公民與社會：無選考此科</p>
<p><b>4. 答案卡</b></p> <p>《選擇題作答》</p> <p>適用考科別：10考科皆適用，國文、英文、數學甲、數學乙、物理、化學、生物、歷史、地理、公民與社會。如有特殊需求須使用二種(含)不同作答方式者，請於本表之備註欄敘明，本中心依據審查小組審定結果提供。</p>	<p>國文：使用盲用電腦作答 (電腦設備考區提供)            英文：使用盲用電腦作答 (電腦設備考區提供)            數學甲：使用點字機作答 (點字機需自備)            物理：無選考此科            化學：無選考此科            生物：無選考此科            數學乙：無選考此科            歷史：無選考此科            地理：無選考此科            公民與社會：無選考此科</p>
<p><b>5. 答案卷</b></p> <p>《非選擇題》</p> <p>適用考科別：8考科皆適用，英文、數學甲、數學乙、物理、化學、生物、歷史、地理。(國文、公民與社會2考科無非選擇題)。如有特殊需求須使用二種(含)不同作答方式者，請於本表之備註欄敘明，本中心依據審查小組審定結果提供。</p>	<p>英文：使用盲用電腦作答 (電腦設備考區提供)            數學甲：使用盲用電腦作答 (電腦設備考區提供)            物理：無選考此科            化學：無選考此科            生物：無選考此科            數學乙：無選考此科            歷史：無選考此科            地理：無選考此科</p>
<p><b>6. 電腦作答輸入法</b></p> <p>《至多選擇二種，請於備註欄說明》</p>	<p>微軟新注音</p>
<p><b>7. 考區準備輔具</b></p>	<p>無</p>
<p><b>8. 考生自備特定輔具</b></p>	<p>點字機</p>
<p><b>備註欄</b></p> <p>《未盡事項，請詳述》</p>	<p>(1) 由於數學科多為數理符號，考生以點字閱讀較為方便迅速，故申請單科使用點字試題。另需搭配語音播放試題點字版。            (2) 輸入法需使用微軟新注音及無蝦米輸入法。</p>

**有其他特殊需求請於備註欄位說明，如本欄不敷填寫，可另紙詳述**

親愛的考生、家長 (依據「個人資料保護法」(以下簡稱資保法)之規定，請考生、家長詳細閱讀本中心依資保法所擬定之「測驗服務之個人資料蒐集、處理及利用告知事項」(請至中心網站：<https://www.ceec.edu.tw/>關於中心/公開資訊/個人資料保護)。舉凡申請身心障礙及重大傷病考生應考服務考生之健康紀錄及應考人紀錄(例如：在校學應考服務之依據，不作為其他用途。非應屆個別資法相關規定，授權本中心複製○○學年度後最近

**請考生及監護人確認本表之申請項目並親筆簽名後，將紙本限時掛號寄至大考中心**

大學入學考試中心敬啟

考生親自簽名：

李○○

(無法親自簽名者由其監護人代簽並註明原因)

考生為全盲生，由家長代簽

監護人簽名：

張○○

# ○○○學年度身心障礙及重大傷病考生應考服務特殊項目申請

## 在校學習記錄 ( 樣例 )

本表由考生就讀學校之指導老師填寫

(大考中心填寫)

障別：視障肢障他障聽障

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)

※本表填載之內容，係作為應考服務審查之重要參考，為提供適切的應試服務，務請詳實說明考生之身心狀況；集體報名與個別報名者均由就讀學校之指導老師於線上填寫後，列印並加蓋學校特殊教育推行委員會或校長章戳。非應屆個別報名者，如無法由原就讀學校取得「在校學習記錄表」，應依個資法相關規定，授權本中心複製○○學年度後最近一次考試繳交之「在校學習記錄表」電子檔替代。上述皆無法取得者，則請於線上填寫並列印後簽名。除本表外可增附個別化教育計畫相關部分或輔導紀錄影本，填寫時如有疑義，請先向本中心洽詢，電話 02-23661416 轉○○○。考生如於本學年度本中心辦理之任一考試時已繳交本表者，得不需再繳交；惟申請項目不同者，仍須重新繳交。

### 基本資料

學生姓名	李○○	就讀學校	範例高中■應屆	學校代碼	979
出生日期	90年09月09日	接受特殊教育服務型態	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 普通班接受特教資源服務 <input type="checkbox"/> 特教班 <input type="checkbox"/> 特殊教育學校 <input type="checkbox"/> 其他_____		

### 障礙類別 (可複選)

智能障礙 視覺障礙 聽覺障礙 語言障礙 肢體障礙 腦性麻痺 情緒行為障礙  
身體病弱 學習障礙 多重障礙 發展遲緩 自閉症 其他障礙\_\_\_\_\_

### 教育史 (請簡述自幼就讀的學校、班級、特殊輔導與教育的過程)：

李生於國小及國中均就讀普通班，小五後視力急遽惡化，自國中起接受視障巡迴輔導及資源班的協助。目前李生接受本校特教資源服務與每月一次視障巡迴輔導直接服務，平常教室座位安排在前排中間第一個位子，在校均提供盲用電子試題並延長考試時間，因考試時容易緊張會複誦試題內容，考試時會安排至輔導室單獨應試。

### 醫療史 (請簡述發病、求醫、診治的時間及歷程)：

小四時發現視力不佳，小五確定病因為黃斑部病變，目前仍持續 (定期~半年) 至台北榮總就診。聽覺功能正常，視覺最佳矯正視力右眼 0.05，左眼 0.05，近乎全盲，領有身心障礙證明 (中度)。

為提供適切的應試服務，務請詳實說明考生之身心狀況

### 能力現況評估

溝通能力	<input checked="" type="checkbox"/> 可清楚表達意見 <input type="checkbox"/> 僅可簡單表達意見 <input type="checkbox"/> 其他：_____
行動能力	<input checked="" type="checkbox"/> 可自主行動 <input type="checkbox"/> 不適合戶外活動 <input type="checkbox"/> 須協助始可行動：_____ (輔具說明)
人際關係	<input checked="" type="checkbox"/> 可與同學一般交往 <input type="checkbox"/> 僅與少數特定同學交往 <input type="checkbox"/> 其他：_____
健康情況	<input type="checkbox"/> 可自理日常生活 <input checked="" type="checkbox"/> 須定期複診 <input type="checkbox"/> 其他：_____
學業能力	<input checked="" type="checkbox"/> 可參與一般學習 <input type="checkbox"/> 須變更課程與學習活動：_____
其他	

○○○學年度身心障礙及重大傷病考生應考服務特殊項目申請

在校學習記錄表 ( 樣例 )

( 大考中心填寫 )

障別：視障肢障他障聽障  
編號：

聽覺障礙學生溝通方式及聽覺輔具使用 ( 請詳實勾選可複選，其他障礙類別者免填 )

溝通方式	<input type="checkbox"/> 口語 <input type="checkbox"/> 手語 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 讀話 <input type="checkbox"/> 肢體語言 <input type="checkbox"/> 其他：_____
聽覺輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 助聽器搭配調頻輔具 <input type="checkbox"/> 電子耳 <input type="checkbox"/> 電子耳搭配調頻輔具 <input type="checkbox"/> 其他：_____
伴隨障礙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 語言障礙 <input type="checkbox"/> 其他：_____ )

請確認在校所提供之試題項目符合考生障礙特性，如有特殊情況請敘明於其他說明。

校內評量方式 ( 請詳實勾選，可複選 )

試題	<input type="checkbox"/> 一般書面 <input type="checkbox"/> 書面放大____% <input type="checkbox"/> 點字試題本 ( 英文為 <input type="checkbox"/> 一級點字 <input type="checkbox"/> 二級點字 ) <input checked="" type="checkbox"/> 盲用電子試題 <input type="checkbox"/> 人工報讀 <input type="checkbox"/> 語音播放試題 <input type="checkbox"/> 其他：_____
作答	<input type="checkbox"/> 一般紙筆 <input checked="" type="checkbox"/> 點字機 <input type="checkbox"/> 一般電腦 <input checked="" type="checkbox"/> 盲用電腦 <input type="checkbox"/> 錄音作答 ( 口語 ) <input type="checkbox"/> 選擇題代謄至答案卡 <input type="checkbox"/> 旁人協助或解釋 <input type="checkbox"/> 其他：_____
場地	<input type="checkbox"/> 一般教室 <input checked="" type="checkbox"/> 單獨作答 <input type="checkbox"/> 小組作答
入場時間	<input type="checkbox"/> 正常時間入場 <input type="checkbox"/> 提早 5 分鐘入場
紙筆測驗考試時間	<input type="checkbox"/> 正常應考時間 <input checked="" type="checkbox"/> 各科均延長 20 分鐘 <input type="checkbox"/> 部分考科：_____延長_____分鐘 <input type="checkbox"/> 增加休息次數 <input type="checkbox"/> 增加施測次數 <input type="checkbox"/> 其他：_____
英聽測驗作答時間	<input type="checkbox"/> 正常應考時間 <input checked="" type="checkbox"/> 各題作答時間均延長 1 分鐘 <input type="checkbox"/> 合併英文科延長_____分鐘 <input type="checkbox"/> 增加休息次數 <input type="checkbox"/> 增加施測次數 <input type="checkbox"/> 其他：_____
輔具	<input type="checkbox"/> 特殊桌椅 <input checked="" type="checkbox"/> 點字機 <input type="checkbox"/> 電腦 <input type="checkbox"/> 檯燈 <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 助聽器或電子耳搭配調頻輔具 <input type="checkbox"/> 其他：_____

若僅部分考科時間延長，務請註明清楚。  
如：部分考科：國寫、英文延長 20 分鐘

其他說明 ( 前列未盡事宜及補充說明 )

1. 該生數學科會使用點字機作答 ( 操作較為方便 )	各障礙別均可增附有利於審查之佐證資料 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 )。
2. 社會及情緒行為與一般同學相同，偶爾會退縮	

增附資料

<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 鑑輔會所發之證明 <input type="checkbox"/> 個別化教育計畫 ( <input type="checkbox"/> 鑑定摘要表 <input type="checkbox"/> 其他：_____ )
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

填寫人

姓名	王○○	學校特殊教育推行委員會或校長章戳
電話	(02) 2364-xxxx	
手機	0912xxxx66	
傳真	(02) 2366-xxxx	
e-mail	beauty@xxxx.com.tw	
職務	<input type="checkbox"/> 普通班教師 <input type="checkbox"/> 資源班教師 <input type="checkbox"/> 輔導室教師 <input checked="" type="checkbox"/> 特教組組長 <input type="checkbox"/> 其他：_____	

學校特殊教育推行委員會或校長章戳

( 非應屆個別報名者，如無法由原就讀學校取得且無前次記錄者，請考生親自簽名 )

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 _____</p> <p>_____ 重度障礙： _____</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><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。</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>_____ 輕度障礙： _____</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>_____ 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</p> <p>書寫速度：_____ 字/分</p> <p><input type="checkbox"/>準確度差</p> <p><input type="checkbox"/>可讀性差</p> <p>上肢功能：</p> <p><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> <p>_____</p> <p>_____</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)