

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 診斷證明書

(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

※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，請先向本會大學入學考試中心洽詢。

「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會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)

診 斷	
病 情	
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>1. 視覺功能 <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】 右眼視力(矯正後)_____ 左眼視力(矯正後)_____</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>中度障礙： <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。 <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 【醫師簽章】【以下可複選】 <input type="checkbox"/>寫字慢 書寫速度：_____ 字/分 <input type="checkbox"/>準確度差 <input type="checkbox"/>可讀性差 上肢功能： <input type="checkbox"/>抓握力氣差 <input type="checkbox"/>雙手協調度差 <input type="checkbox"/>上臂位移控制差 <input type="checkbox"/>其他(請註明) _____ _____</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)

○○○學年度身心障礙及重大傷病考生應考服務特殊項目申請

障別：視障肢障他障聽障

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」。學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，請先向本會大學入學考試中心「診斷證明書」開立時間須為○○年○月~○○年○月，考生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 謝○○醫師職章 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"/> 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 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

(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）聽力閾值大於 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)