

115 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

(本會填寫)

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 ☐ 分科測驗

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」。學習障礙或罕見疾病或視覺障礙考生如因診斷證明書取得困難，可以相關證明文件替代，相關證明文件說明請詳當年度簡章之身心障礙及重大傷病應考服務。檢查事項如有疑義，請先向本會大學入學考試中心洽詢，電話 02-23661416 轉 608。

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。

(以下請申請人詳實填寫)

考生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 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 (必填)	
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。	☐ 病情屬永久性障礙，務請勾選。 ☐ 病情屬 12 個月內仍無法顯著改善者，務請勾選。 ☐ 其他：(請務必詳述)

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)

1. 視覺功能 ☐ 正常 ☐ 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)_____	2. 慣用手 ☐ 右手 ☐ 左手 3. 書寫表現 ☐ 正常 ☐ 有障礙 【醫師簽章】【以下可複選】 ☐ 寫字慢 書寫速度： _____字/分 ☐ 準確度差 ☐ 可讀性差 上肢功能： ☐ 抓握力氣差 ☐ 雙手協調度差 ☐ 慣用手腕關節活動度差 ☐ 上臂位移控制差 ☐ 其他(請註明) _____ _____ _____
眼球震顫 重度障礙： ☐ 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。 ☐ 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。 中度障礙： ☐ 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。 ☐ 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。 輕度障礙： ☐ 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。 ☐ 2. 兩眼視野各為 20 度以內者。 ☐ 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。 其他(請註明) _____	

(續背面)

(本會填寫)

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者，以 ABR 聽力閾值作為純音聽力閾值計算。

☐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。

☐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 聽力閾值作為純音聽力閾值計算。

☐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、地區教學醫院查影響應試之各項閱讀、書寫及移動等能力。舉例說明參考「聽覺功能」，肢障考生至復健科、神經科檢查「慣用手」，生至（青少年兒童）精神科、心智科檢查「精神功能」。學關證明文件替代，相關證明文件說明請詳當年度簡章之身學考試中心洽詢，電話 02-23661416 轉 608。

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

※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	☐ 男 ☐ 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 (必填)	雙眼視網膜黃斑部病變(以下空白)
病情	☒ 病情屬永久性障礙，務請勾選。 ☐ 病情屬 12 個月內仍無法顯著改善者，務請勾選。 ☐ 其他：(請務必詳述)

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)

1. 視覺功能 ☐ 正常 ☒ 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) 0.05 左眼視力(矯正後) 0.05 謝○○醫師職章 眼球震顫 重度障礙： ☐ 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。 ☐ 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。 ☒ 中度障礙 ☒ 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。 ☐ 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。 輕度障礙： ☐ 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。 ☐ 2. 兩眼視野各為 20 度以內者。 ☐ 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。 其他(請註明)	2. 慣用手 ☐ 右手 ☐ 左手 3. 書寫表現 ☐ 正常 ☐ 有障礙 【醫師簽章】【以下可複選】 ☐ 寫字慢 書寫速度：____ 字/分 ☐ 準確度差 ☐ 可讀性差 上肢功能： ☐ 抓握力氣差 ☐ 慣用手腕關節活動度差 ☐ 上臂位移控制差 ☐ 其他(請註明)
---	--

請務必檢視主治醫師勾選部分均有蓋章

(續背面)

(本會填寫)

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

☐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 聽力閾值作為純音聽力閾值計算。

☐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：_____）

請務必確認有加蓋院長及醫院關防，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○月○日

○○醫院
關防

（請加蓋醫院關防及院長章戳，方具效力）