

財團法人大學入學考試中心基金會

114 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	<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 (必填)	
病 情 (請說明並務必勾選)	
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。	請務必勾選： <input type="checkbox"/> 病情屬永久性障礙。 <input type="checkbox"/> 病情屬 12 個月內仍無法顯著改善者。 <input type="checkbox"/> 其他：

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】 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. 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。 <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. 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。 <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. 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。 <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 <input type="checkbox"/>握筆張力： <input type="checkbox"/>高張力 <input type="checkbox"/>中張力 <input type="checkbox"/>低張力</p> <p>上肢功能： <input type="checkbox"/>抓握力氣差 <input type="checkbox"/>雙手協調度差 <input type="checkbox"/>慣用手腕關節活動度差 <input type="checkbox"/>上臂位移控制差 <input type="checkbox"/>其他(請註明) _____ _____</p>
---	--

(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」，生至精神科、心智科檢查「精神功能」。學習障礙或罕見疾病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、自閉症等考生至精神科、心智科檢查「精神功能」。

考生姓名	李○○	電話	(02)23661416
身分證號	A123XXX789	應診日期	○○年 8 月 15 日
應診醫院	○○醫院	(以下請醫師詳實填寫)	
應診科別	眼科		

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

診 斷

(必填)

雙眼視網膜退化病變(以下空白)

病 情

(請說明並務必勾選)

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。

視野狹窄、視力值低下、
謝○○醫師職章
夜盲情況。

請務必勾選：

- 病情屬永久性障礙。
病情屬 12 個月內仍無法顯著改善者。
其他：

謝○○醫師職章

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】</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><input checked="" type="checkbox"/> 重度障礙：謝○○醫師職章</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2. 謝○○醫師職章 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：</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</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. 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。</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 肢體障礙建議填寫書寫速度</p> <p><input type="checkbox"/> 可讀性差</p> <p><input type="checkbox"/> 握筆張力： <input type="checkbox"/>高張力 <input type="checkbox"/>中張力 <input type="checkbox"/>低張力</p> <p>上肢功能：</p> <p><input type="checkbox"/>慣用手腕關節活動度差</p> <p><input type="checkbox"/>上臂位移控制差</p> <p><input type="checkbox"/>其他(請註明) _____</p>
---	---

請務必檢視主治醫師勾選部分均有蓋章

(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

（加蓋醫院關防及院長章戳，方具效力）