

大學入學考試中心各項考試之專用診斷證明書（正面）

106 學年度身心障礙考生申請應考服務專用 診斷證明書

(大考中心填寫)

障別：視障 聽障 肢障 他障
編號：

考試類別：高中英語聽力測驗第一次考試 語科能力測驗

行政院衛生福利部認定之醫學中心或區域醫院或地區教學醫院

高中英語聽力測驗

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	李〇〇	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證號	A123×××089	電話	(02)2210××××
應診醫院	〇〇醫院	應診日期	105年8月20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 ^{醫師} (以下空白)
病情	雙眼最佳矯正視力零 ^{醫師} (以下空白)
請詳述。視覺障礙者，務請註明雙眼視力或視野能。聽覺機能障礙者，務請註明雙耳聽力功能。 ^{醫師} 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 ^{醫師} 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 【醫師簽章】(以下可複選，以矯正視力為準)</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>^{醫師}中度障礙：</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 checked="" type="checkbox"/>有障礙 【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"/>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>

(續背面)

大學入學考試中心各項考試之專用診斷證明書（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】【以下可複選，以矯正視力為準】

- 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
- 需定期變化姿勢，無法久坐
- 無法坐
- 其他（請註明）

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：_____)

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 90.0% 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。

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。

以上經本院醫師診斷屬實，特予證明

院長： 院長章戳

醫院關防

中華民國 105 年 8 月 20 日

(需加蓋醫院關防及院長章戳，方具效力)