

# 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 ☐ 學科能力測驗

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

利部認定之醫學中心或區域  
書寫及移動等能力。舉例說  
，肢障考生至復健科、神經  
至（青少年兒童）精神科、  
轉 614。「診斷證明書」如曾  
不同者，仍須重新繳驗。

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○○	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證號	A123456789	電話	(02) 2210XXXX
應診醫院	○○醫院		
應診科別	眼科	應診日期	105年8月20日

（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（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。	
<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"/> 障礙</p> <p>【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><input checked="" type="checkbox"/> 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 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"/> 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 90.0% 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。

#### ☐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

- ☐有顯著焦慮恐懼症狀
- ☐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：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）