

財團法人大學入學考試中心基金會

116 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：視障聽障肢障他障

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、自閉症、情緒行為障礙、智能障礙等考生至（兒童青少年）精神科、心智科檢查「精神功能」。檢查事項如有疑義，請先詳閱當學年度考試簡章，或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	<input type="checkbox"/> 病情屬永久性障礙，務請勾選。 <input type="checkbox"/> 病情屬 12 個月內仍無法顯著改善者，務請勾選。 <input type="checkbox"/> 其他：(請務必詳述)

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。

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</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)_____ 左眼視力(矯正後)_____</p> <p>眼球震顫</p> <p>重度障礙：</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 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：</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：書寫速度_____字/分 (肢體障礙必填)</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"/>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> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</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：視障聽障肢障他障

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」功能障礙等考生至(兒童青少年)精神科、心智科檢查「精神功能」。

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○○			
身分證號	A123XXX789	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	電話	(02)23661416
應診醫院	○○醫院		應診日期	醫生開立診斷證明之日期
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) 謝○○醫師職章
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 checked="" type="checkbox"/> 病情屬永久性障礙，務請勾選。 <input type="checkbox"/> 病情屬 12 個月內仍無法顯著改善者，務請勾選。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 有障礙 謝○○醫師職章 【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 謝○○醫師職章 左眼視力(矯正後) 0.05 謝○○醫師職章 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 中度障礙 謝○○醫師職章 <input checked="" 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。 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。 其他 (請註明) _____	2. 慣用手 <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 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 (肢體障礙必填) <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"/> 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) _____ _____ _____
--	---

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：

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職章及醫院關防，方具效力

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。

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：

鄭○○院長職章

中華民國 ○○年○月○日

○○醫院

關防

(需加蓋醫院關防及院長章戳，方具效力)