

學年度科技校院統一入學測驗應考服務申請

診斷證明書

二技
四技二專

說明：

1. 考生如需申請應考服務，請持本表至衛生福利部認定之醫學中心、區域醫院或地區醫院，**依考生障礙類別相關醫療科別辦理檢查**。
2. 申請應考服務時，請檢附應考服務申請表、診斷證明書和相關證明文件〔如：鑑輔會鑑定證明書、個別化教育(支持)計畫和在校學習輔導紀錄表...等〕，依簡章規定提出申請。

考生姓名		障礙類別	<input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 其他_____
身分證統一編號		聯絡人及聯絡電話	姓名：_____ 關係：_____ 聯絡電話：_____
應診醫院			
應診科別		應診日期	_____年 _____月 _____日

-----以下請至障礙類別相關之醫療科別檢查，各項勾選及填寫欄位敬請主治醫師逐項填寫後簽章-----

診 斷	
病 情 請主治醫師詳述後簽章	主治醫生簽章：_____
檢查結果	
視 覺 功 能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙 ※以矯正視力為準 【醫師簽章】【可複選】 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 矯正後兩眼視力為_____，優眼視力為_____，另眼視力為_____ <input type="checkbox"/> 優眼自動視野計中心 30 度程式檢查，平均缺損為_____dB <input type="checkbox"/> 其他補充說明：(請詳述)
聽 覺 功 能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙 【醫師簽章】【可複選】 聽損部位 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 兩耳 <input type="checkbox"/> 雙耳整體障礙比率為_____ <input type="checkbox"/> 優耳聽力閾值為_____分貝 <input type="checkbox"/> 其他補充說明：(請詳述)

(接下頁)

(續上頁)

檢查結果

慣用上肢功能

- 正常 有障礙
慣用手：右手 左手 (請擇一勾選)
【醫師簽章】【可複選】
寫字慢，書寫速度：_____ (字/分)
準確度差
可讀性差
抓握力氣差
雙手協調度差
上臂位移控制差
其他補充說明：(請詳述)

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) 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：_____)
(3) 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(例：不自主發出聲音)
(請說明：_____)
(4) 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：_____)
其他補充說明：(請詳述)

以上經本院醫師診斷屬實，特予證明
院長：

主治醫師：

中華民國

年

月

日

(需加蓋醫院關防及院長章戳，方具效力)