

# 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或區域醫院或地區教學醫院，**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：_____
註：有影響書寫、閱讀或病情屬永久性障礙或6個月內仍無法改善者，請務必列入說明。	
<b>檢查結果</b>	
視 覺 功 能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙 <b>※以矯正視力為準</b> <b>【醫師簽章】【可複選】</b>
	<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)
	<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 <b>【醫師簽章】【可複選】</b>
	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	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙 慣用手： <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 (請擇一勾選) <b>【醫師簽章】【可複選】</b> <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"/> 抓握力氣差 <input type="checkbox"/> 雙手協调度差 <input type="checkbox"/> 上臂位移控制差 <input type="checkbox"/> 其他補充說明：(請詳述)
精神功能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙 <b>【醫師簽章】【可複選】</b> (1) 思考 <input type="checkbox"/> 閱讀理解障礙 <input type="checkbox"/> 其他思考流程功能障礙 (請說明：_____) (2) 情緒 <input type="checkbox"/> 有顯著焦慮畏懼症狀 <input type="checkbox"/> 有顯著憂慮症狀 <input type="checkbox"/> 有顯著調節障礙 (請說明：_____) (3) 行為 <input type="checkbox"/> 有顯著強迫症狀 <input type="checkbox"/> 有顯著衝動控制症狀 <input type="checkbox"/> 有顯著固著行為 <input type="checkbox"/> 有顯著其他干擾行為(例：不自主發出聲音) (請說明：_____) (4) 注意力 <input type="checkbox"/> 注意力持續功能障礙 <input type="checkbox"/> 注意力轉換功能障礙 <input type="checkbox"/> 注意力集中功能障礙(易分心) (請說明：_____) <input type="checkbox"/> 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)	