

國立中山大學招生考試 身心障礙或因其他特殊情形考生考場服務申請表

考生姓名		身分證號		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
報考所組				行動電話	
<input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 上肢重度障礙 <input type="checkbox"/> 其他功能性障礙或特殊情形 (嚴重影響閱讀、書寫能力者)：_____					

◎說明 (請敘述考生狀況、診治時間及歷程)

屬永久性障礙或在6個月內仍無法改善者請勾選。

◎求學期間評量方式 (請詳實勾選，可複選)

試題： <input type="checkbox"/> 一般書面 <input type="checkbox"/> 書面放大___% <input type="checkbox"/> 點字 <input type="checkbox"/> 人工報讀 <input type="checkbox"/> 語音播放 <input type="checkbox"/> 電腦 <input type="checkbox"/> 其他___
作答： <input type="checkbox"/> 一般紙筆 <input type="checkbox"/> 點字機 <input type="checkbox"/> 口語 <input type="checkbox"/> 電腦 <input type="checkbox"/> 旁人協助或解釋 <input type="checkbox"/> 其他_____
場地： <input type="checkbox"/> 一般教室 <input type="checkbox"/> 單獨作答 <input type="checkbox"/> 小組作答 <input type="checkbox"/> 其他_____
時間： <input type="checkbox"/> 一般時間 <input type="checkbox"/> 提早___分鐘入場 <input type="checkbox"/> 增加休息次數 <input type="checkbox"/> 增加施測次數 <input type="checkbox"/> 延長考試時間 (<input type="checkbox"/> 各科均延長___分鐘 <input type="checkbox"/> 部分考科：_____延長___分鐘)
輔具： <input type="checkbox"/> 特殊桌椅 <input type="checkbox"/> 點字機 <input type="checkbox"/> 盲用電腦 <input type="checkbox"/> 檯燈 <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 其他_____

◎申請提供服務 (請說明原因及需求，本校審核後另行通知)

1. <input type="checkbox"/> 提早 5 分鐘進入試場：
2. <input type="checkbox"/> 延長應考時間_____分(至多 20 分鐘)：
3. <input type="checkbox"/> 提供放大為 A3 之試題：
4. <input type="checkbox"/> 特殊桌椅：
5. <input type="checkbox"/> 考生自備輔具： <input type="checkbox"/> 點字機 <input type="checkbox"/> 盲用電腦 <input type="checkbox"/> 檯燈 <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 其他_____
6. <input type="checkbox"/> 其他：

考生簽名：_____ 年 月 日

----- (請附繳【身心障礙證明】或【診斷證明】) -----

※請至衛生署認定之醫學中心或區域醫院或地區教學醫院，與考生障礙類別相關之醫療科別，檢查影響考生考試之各項閱讀、書寫及移動等能力。例如：視障考生至眼科檢查「視覺功能」，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、精神障礙、自閉症等考生至(青少年兒童)精神科、心智科檢查「精神功能」。

※本表填妥後請連同相關資料傳真至07-5252920，並致電本校招生試務組，電話07-5252140。

國立中山大學招生考試

身心障礙考生應考申請表：診斷證明書(參考)

※請至衛生署認定之醫學中心或區域醫院或地區教學醫院，與考生障礙類別相關之醫療科別，檢查影響考生考試之各項閱讀、書寫及移動等能力。例如：視障考生至眼科檢查「視覺功能」，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、精神障礙、自閉症等考生至(青少年兒童)精神科、心智科檢查「精神功能」。檢查事項如有疑義，請先向本校招生組洽詢，電話07-5252140。

考生姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		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	
病 情	
請詳述。如病情屬永久性障礙或在6個月內仍無法改善者，務請註明。	<input type="checkbox"/> 病情屬永久性障礙或在6個月內仍無法改善者。

類別說明：(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>_____ 眼球震顫</p> <p>_____ 重度障礙：</p> <p><input type="checkbox"/>A.兩眼視力優眼在0.01(不含)以下者。</p> <p><input type="checkbox"/>B.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"/>A.兩眼視力優眼在0.1(不含)以下者。</p> <p><input type="checkbox"/>B.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><input type="checkbox"/>C.單眼全盲(無光覺)而另眼視力在0.2(不含)以下者。</p> <p>_____ 輕度障礙：</p> <p><input type="checkbox"/>A.兩眼視力優眼在0.1(含)至0.2(含)者</p> <p><input type="checkbox"/>B.兩眼視野各為20度以內者。</p> <p><input type="checkbox"/>C.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><input type="checkbox"/>D.單眼全盲(無光覺)而另眼視力在0.2(含)至0.4(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 style="padding-left: 40px;">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 style="text-align: center;">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> <p>_____</p>
--	---

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】

- _____ 頭部控制不好
_____ 坐不穩
_____ 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】

- _____ 優耳聽力損失在55分貝以上
_____ 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，方具效力)