

國立中山大學《碩士班考試入學》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		身分證字號		完成報名之流水碼	
報考所組	考區別： ☐ 臺北 ☐ 高雄			行動電話	
☐ 視覺障礙 ☐ 上肢重度障礙 ☐ 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： ☐ 一般書面 ☐ 書面放大___% ☐ 點字 ☐ 人工報讀 ☐ 語音播放 ☐ 電腦 ☐ 其他___
作答： ☐ 一般紙筆 ☐ 點字機 ☐ 口語 ☐ 電腦 ☐ 旁人協助或解釋 ☐ 其他_____
場地： ☐ 一般教室 ☐ 單獨作答 ☐ 小組作答 ☐ 其他_____
時間： ☐ 一般時間 ☐ 提早___分鐘入場 ☐ 增加休息次數 ☐ 增加施測次數 ☐ 延長考試時間（ ☐ 各科均延長___分鐘 ☐ 部分考科：_____延長___分鐘）
輔具： ☐ 特殊桌椅 ☐ 點字機 ☐ 盲用電腦 ☐ 檯燈 ☐ 放大鏡 ☐ 擴視機 ☐ 其他_____

◎申請提供服務（請說明原因及需求，本校審核後另行 E-mail 通知）

1. ☐ 提早 5 分鐘進入試場：
2. ☐ 延長應考時間_____分鐘（至多 20 分鐘）：
3. ☐ 提供 A3 放大版試題本：
4. ☐ 提供特殊桌椅：
5. ☐ 考生自備輔具： ☐ 點字機 ☐ 盲用電腦 ☐ 檯燈 ☐ 放大鏡 ☐ 擴視機 ☐ 其他_____
6. ☐ 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。

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，請先向本校招生試務組洽詢，電話07-5252140。

考生姓名		生理性別	☐ 男 ☐ 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。	☐ 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)

1.視覺功能 ☐正常 ☐有障礙 【醫師簽章】【以下可複選，以矯正視力為準】 _____ 眼球震顫 _____ 重度障礙： ☐A.兩眼視力優眼在0.01(不含)以下者。 ☐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。 _____ 中度障礙： ☐A.兩眼視力優眼在0.1(不含)以下者。 ☐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。 ☐C.單眼全盲(無光覺)而另眼視力在0.2(不含)以下者。 _____ 輕度障礙： ☐A.兩眼視力優眼在0.1(含)至0.2(含)者 ☐B.兩眼視野各為20度以內者。 ☐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。 ☐D.單眼全盲(無光覺)而另眼視力在0.2(含)至0.4(不含)者。 _____ 其他(請註明) _____。	2.慣用手 ☐右手 ☐左手 3.書寫表現 ☐正常 ☐有障礙 【醫師簽章】 【以下可複選】 _____ ☐寫字慢 書寫速度：_____ 字/分 _____ ☐準確度差 _____ ☐可讀性差 上肢功能 _____ ☐抓握力氣差 _____ ☐雙手協調度差 _____ ☐上臂位移控制差 _____ ☐其他(請註明) _____。
---	---

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)