

## 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<br><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<br><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><b>1.視覺功能</b> <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 style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>A.兩眼視力優眼在0.01(不含)以下者。</p> <p style="padding-left: 20px;"><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 style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>A.兩眼視力優眼在0.1(不含)以下者。</p> <p style="padding-left: 20px;"><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 style="padding-left: 20px;"><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 style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>A.兩眼視力優眼在0.1(含)至0.2(含)者</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>B.兩眼視野各為20度以內者。</p> <p style="padding-left: 20px;"><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 style="padding-left: 20px;"><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><b>2.慣用手</b> <input type="checkbox"/>右手 <input type="checkbox"/>左手</p> <p><b>3.書寫表現</b> <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;"><b>上肢功能</b></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)