

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	☐ 男 ☐ 女
報考所組				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）

☐ 提早 5 分鐘進入試場準備：
☐ 延長應考時間_____分（至多 20 分鐘）：
☐ 提供放大為 A3 之試題：
☐ 其他功能性障礙或特殊情形所需之特別服務：

考生簽名：_____年 月 日

-----（請附繳【身心障礙證明】及【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」。

※本表由考生填妥後請連同相關資料傳真07-5252920，相關問題請洽本校招生組，電話07-5252000轉2141。

教務處審核意見	系所審核意見
說明：	☐ 同意 ☐ 不同意 意見： 承辦人：_____ 單位主管：_____

應考證號碼：

原考區：

特殊試場：

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

(本校招生組填寫)
障別： ☒ 視障 ☐ 肢障 ☐ 他障
編號：

※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07-5252000轉2141。

考生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女
身分證號		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) _____ . _____ .
--	---

(續背面)

編號：B03S03-1

(本校招生組填寫)

障別：☒視障☐肢障☐他障
編號：

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)