

**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**  
 (傳真受理)

(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	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 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。	<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                  【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="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>A.兩眼視力優眼在0.01(不含)以下者。  <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="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>A.兩眼視力優眼在0.1(不含)以下者。  <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。  <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="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>A.兩眼視力優眼在0.1(含)至0.2(含)者  <input type="checkbox"/>B.兩眼視野各為20度以內者。  <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。  <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                  【醫師簽章】【以下可複選】</p> <p>_____ <input type="checkbox"/>寫字慢                  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>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)

(本校招生組填寫)

障別：視障肢障他障  
編號：

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)