



# 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	<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>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)

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)