

學年度科技校院統一入學測驗應考服務申請

診斷證明書

☐二技

☐四技二專

說明：

1. 考生如需申請應考服務，請持本表至衛生福利部認定之醫學中心、區域醫院或地區醫院，**依考生障礙類別相關醫療科別辦理檢查**。
2. 申請應考服務時，請檢附應考服務申請表、診斷證明書和相關證明文件〔如：鑑輔會鑑定證明書、個別化教育(支持)計畫和在校學習輔導紀錄表...等〕，依簡章規定提出申請。

考生姓名											障礙類別	☐ 視障 ☐ 聽障 ☐ 肢障 ☐ 其他_____		
身分證 統一編號											聯絡人及 聯絡電話	姓名： 聯絡電話：	關係：	
應診醫院														
應診科別											應診日期	年	月	日

-----以下請至障礙類別相關之醫療科別檢查，各項勾選及填寫欄位敬請主治醫師逐項填寫後簽章-----

診 斷													
病 情 請主治醫師 詳述後簽章	主治醫生簽章：_____												
註：有影響書寫、閱讀或病情屬永久性障礙或6個月內仍無法改善者，請務必列入說明。													
檢查結果													
視 覺 功 能	☐ 正常 ☐ 有障礙 ※以矯正視力為準 【醫師簽章】【可複選】												
	☐ 眼球震顫												
	☐ 矯正後兩眼視力為_____，優眼視力為_____，另眼視力為_____												
	☐ 優眼自動視野計中心 30 度程式檢查，平均缺損為_____dB												
	☐ 其他補充說明：(請詳述)												
聽 覺 功 能	☐ 正常 ☐ 有障礙 【醫師簽章】【可複選】												
	聽損部位 ☐ 左耳 ☐ 右耳 ☐ 兩耳												
	☐ 雙耳整體障礙比率為_____												
	☐ 優耳聽力閾值為_____分貝												
	☐ 其他補充說明：(請詳述)												

(接下頁)

(續上頁)

檢查結果

慣 用 上 肢 功 能	☐ 正常 ☐ 有障礙 慣用手： ☐ 右手 ☐ 左手 (請擇一勾選) 【醫師簽章】【可複選】 ☐ 寫字慢，書寫速度：_____ (字/分) ☐ 準確度差 ☐ 可讀性差 ☐ 抓握力氣差 ☐ 雙手協調度差 ☐ 上臂位移控制差 ☐ 其他補充說明：(請詳述)
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) 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：_____) (3) 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(例：不自主發出聲音) (請說明：_____) (4) 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：_____) ☐ 其他補充說明：(請詳述)
以上經本院醫師診斷屬實，特予證明 院長：_____ 主治醫師：_____ 中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (需加蓋醫院關防及院長章戳，方具效力)	