

國立高雄大學身心障礙生應考服務申請表

| | | |
|----------|---|------------------|
| 考生姓名 | | (請浮貼身心障礙手冊正反面影本) |
| 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| 畢業學校 | | |
| 聯絡電話 | 電話： 手機： | |
| 緊急聯絡人及電話 | 姓名： 關係： 電話： 手機： | |
| 參加考試名稱 | 考試名稱： 報考系所別： | |
| 考 區 | 一律於高雄考區應考。 | |

考生應考服務項目：第 1 至 3 項必選，有特殊需要者須詳述於第 4、5 項或備註欄。

| 申請項目 | 招生委員會審定結果 |
|--|--|
| 1. 入場時間 <input type="checkbox"/> 提早五分鐘進入試場準備 <input type="checkbox"/> 正常入場時間 | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 否 |
| 2. 考試時間 <input type="checkbox"/> 延長應考時間（至多延長 20 分鐘） <input type="checkbox"/> 正常應考時間 | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 否 |
| 3. 試 題 <input type="checkbox"/> 提供放大為 A3 紙之試題本作答 <input type="checkbox"/> 提供他人代念試題本作答 <input type="checkbox"/> 一般試題 | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 否 |
| 4. 輔 具 (請考區準備) <input type="checkbox"/> 坐式馬桶 <input type="checkbox"/> 特殊桌椅（桌高____cm，寬深____cm×____cm） <input type="checkbox"/> 檯燈 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |
| 5. 輔 具 (考生自行準備) <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 點字機 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 醫療器具（_____） <input type="checkbox"/> 檯燈 <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |
| 備 註 | |

考生簽章：_____

申請日期：中華民國____年____月____日

國立高雄大學身心障礙生應考申請表：診斷證明書

※請持本「診斷證明書」至行政院衛生署認定之醫學中心或區域醫院或地區教學醫院，與考生之身心障礙類別相關之醫療科別，檢查影響考生考試之各項閱讀、書寫及移動之能力。

| | | | |
|------|--|------|---|
| 考試名稱 | | | |
| 考生姓名 | | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 住 址 | | 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六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六個月內仍無法改善。 |

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： <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： <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： <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> |
|--|--|

【續下頁】

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) _____

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，方具效力)