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 | □男 | | □女 |
| 畢業學校 | |  | | |
| 聯絡電話 | | 電話： 手機： | | |
| 緊急聯絡 人及電話 | | 姓名： 電話： 手機： |  | 關係： |
| 參加考試 | | 考試名稱： | | | |
| 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 | □提早五分鐘進入試場準備  □正常入場時間 | □同意 □否 |
| 2.考試時間 | □延長應考時間（至多延長 20 分鐘）  □正常應考時間 | □同意 □否 |
| 3.試 題 | □提供放大為 A3 紙之試題本作答  □提供他人代念試題本作答  □一般試題 | □同意 □否 |
| 4.輔 具  （請考區準備） | □坐式馬桶 □特殊桌椅（桌高 cm，寬深 cm× cm）  □檯燈 □其他： | |
| 5.輔 具  （考生自行準備） | □輪椅 □點字機 □擴視機 □醫療器具（ ）  □檯燈 □放大鏡 □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 | □男 □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。 |  |
|  |
| □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）

# 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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【續下頁】

# 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）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

|  |  |
| --- | --- |
| 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  ＿＿＿□坐不穏  ＿＿＿□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  ＿＿＿□骨盆穏定度差  ＿＿＿□下肢緊張不穏  ＿＿＿□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） | |