

附表

身心障礙者應國家考試申請權益維護醫院診斷證明書

※下列粗線框格需由應考人親自書寫※

(如應考人無法親自書寫，改由他人代填或以電腦打字，理由為：☐視覺障礙 ☐肢體障礙 ☐其他_____)

考選部製表

姓名		出生日期	民國 年 月 日	性別	☐ 男 ☐ 女
國民身分證統一編號 /護照號碼		電話	()	手機	
地址					
醫療機構名稱			應診科別		

本診斷證明書須由中央衛生主管機關評鑑合格之地區級以上醫院相關醫療科別專科醫師開立，並於填寫或勾選註記部分逐項蓋章。

病名					
診斷說明 (ICD 碼)					
身心障礙	發生時間	1. ☐ 出生 2. ☐ 民國 年 月 日 3. ☐ 第一次診斷時間：民國 年 月 日			
	障礙部位	1. ☐ 上肢 2. ☐ 下肢 3. ☐ 視覺路徑 4. ☐ 其他_____			
	影響	1. ☐ 書寫 2. ☐ 閱讀 3. ☐ 坐姿/移位 4. ☐ 其他_____			
	證明	1. _____類 _____度 2. _____類 _____度 3. _____類 _____度			
視覺功能	一、視力值 (☐ 通過詐盲檢測)				
	右眼 (最佳矯正視力) _____				
	左眼 (最佳矯正視力) _____				
	二、視野				
	(一)中心視野				
	右眼 _____ (dB)				
	左眼 _____ (dB)				
	(二)視野平均缺損 (Mean Deviation, MD): _____				
	(三)模式標準差 (Pattern Standard Deviation, PSD): _____				
	(四)總偏差機率 (Total Deviation, TD): _____				
三、視力、視野以外之視覺功能障礙					
☐ 眼球震顫					
☐ 其他 (請註明) _____					

