# 附件8

**國家考試身心障礙應考人申請權益維護措施之醫院診斷證明書**

下列粗線框格由應考人填寫 考選部製表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 生日 | 民國 年 月 日 | | | 性別 | □男 □女 |
| 國民身分證統一編號 | | |  | 電話 | ( ) | | | 手機 |  |
| 地址 |  | | | | | | | | |
| 醫療機構名稱 | |  | | | | 應診科別 |  | | |

本診斷證明書須由衛生福利部認定之地區醫院以上醫院主治醫師開立，並於填寫或勾選註記部分逐項蓋章。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診 斷  說 明 |  | | | |
| 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 | | |
| 部位 |  | | |
| 影響 | 1.□書寫 2.□閱讀 3.□坐姿/移位 4.□其他 | | |
| 手冊  （證明） | 1.□無 2.□有： 類 度 | | |
| 視覺功能 | 左眼視力(矯正後) ，右眼視力(矯正後) ；□左眼全盲，□右眼全盲；  左眼視野 ，右眼視野 ；□眼球震顫  □其他(請註明) | | | |
| 上肢功能 | 慣用手 | | 障礙發生前：□右手 □左手 | 障礙發生後：□右手 □左手 |
| □書寫困難：抄寫速度： 字/分 | | | |
| □抓握力氣差 □雙手協調不佳 □上臂位移控制差  □右上肢缺失 □左上肢缺失  □其他(請註明) | | | |
| 坐姿/移位 | □不能坐，需改成其他擺位應考 □需自備座椅/輪椅應考  □無法久坐，需定時更換姿勢 □需協助提早入考場座位  □其他(請註明) | | | |
| 精神功能 | □有障礙(請註明) | | | |
| 其 他 |  | | | |
| 上經本院醫師診斷屬實，特予證明  醫師： 專科類別及專科醫師科別字號：  （簽名及蓋章）  中華民國 年 月 日(需加蓋醫院關防並加註日期後，方具效力) | | | | |