

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 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 出生 2. <input type="checkbox"/> 民國 年 月 日 3. <input type="checkbox"/> 第一次診斷時間：民國 年 月 日 | | | |
| | 障礙部位 | 1. <input type="checkbox"/> 上肢 2. <input type="checkbox"/> 下肢 3. <input type="checkbox"/> 視覺路徑 4. <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | |
| | 影響 | 1. <input type="checkbox"/> 書寫 2. <input type="checkbox"/> 閱讀 3. <input type="checkbox"/> 坐姿/移位 4. <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | |
| | 證明 | 1. _____類_____度 2. _____類_____度 3. _____類_____度 | | | |
| 視覺功能 | 一、視力值 (<input type="checkbox"/> 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 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 眼球震顫 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) _____ | | | | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | 慣用手 | 障礙發生前： <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 | 障礙發生後： <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 |
| 上肢功能 | <input type="checkbox"/> 失能範圍（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 兩側） <input type="checkbox"/> 右上肢缺失（請註明部位）_____ <input type="checkbox"/> 左上肢缺失（請註明部位）_____ <input type="checkbox"/> 雙上肢協調度不佳 <input type="checkbox"/> 慣用手上臂位移控制差 <input type="checkbox"/> 慣用手抓握力氣差 <input type="checkbox"/> 其他（請註明）_____ | | |
| 書寫動作 | 一、使用部位： <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 口 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 無法書寫 二、書寫姿勢： <input type="checkbox"/> 坐姿 <input type="checkbox"/> 臥姿 <input type="checkbox"/> 其他_____ 三、書寫握筆張力： <input type="checkbox"/> 高張力 <input type="checkbox"/> 中張力 <input type="checkbox"/> 低張力 | | |
| 坐姿/移位 | <input type="checkbox"/> 不影響 <input type="checkbox"/> 僅能維持坐姿_____分鐘 <input type="checkbox"/> 不能坐，需改成其他擺位應考 <input type="checkbox"/> 需自備座椅/輪椅應考 <input type="checkbox"/> 需協助提早進入試場就座 <input type="checkbox"/> 其他（請註明）_____ | | |
| 電腦打字 操作情形 | 一、使用部位： <input type="checkbox"/> 雙手 <input type="checkbox"/> 單手 <input type="checkbox"/> 口 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 其他_____ 二、使用情形： <input type="checkbox"/> 操作無障礙 <input type="checkbox"/> 有障礙（請註明）_____ | | |
| 其 他 | | | |
| <p>以上經本院醫師診斷屬實，特予證明</p> <p>醫師： _____ 專科類別及專科醫師科別字號：</p> <p>（簽名及蓋章）</p> <p>中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日（需加蓋醫院關防並加註日期後，方具效力）</p> | | | |