附件七

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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	

<table>
<tr><td rowspan="2">上肢功能</td><td>慣用手</td><td>障礙發生前：□右手　□左手</td><td>障礙發生後：□右手　□左手</td></tr>
<tr><td colspan="3">□失能範圍（□右　□左　□兩側）
□右上肢缺失（請註明部位）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
□左上肢缺失（請註明部位）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
□雙上肢協調度不佳　□慣用手上臂位移控制差　□慣用手抓握力氣差
□其他（請註明）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td>書寫動作</td><td colspan="3">一、使用部位：□手　□口　□足　□無法書寫
二、書寫姿勢：□坐姿　□臥姿　□其他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
三、書寫握筆張力：□高張力　□中張力　□低張力</td></tr>
<tr><td>坐姿/移位</td><td colspan="3">□不影響　□僅能維持坐姿＿＿＿分鐘　□不能坐，需改成其他擺位應考
□需自備座椅/輪椅應考　□需協助提早進入試場就座
□其他（請註明）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td>電腦打字操作情形</td><td colspan="3">一、使用部位：□雙手　□單手　□口　□足　□其他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
二、使用情形：□操作無障礙　□有障礙（請註明）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td>其　他</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">以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）</td></tr>
</table>