附表

身心障礙者應國家考試申請權益維護之醫院診斷證明書

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/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。

病名及診斷說明		
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　□需協助提早進入試場就座 □其他(請註明)_____	
精神功能	□有障礙(請註明)_____	
其　　他		

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)