

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 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 國民身分證統一編號<br>/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<br>診斷說明 |   |  |  |  |  |  |  |
| 身心障礙        | 發生時間  | 1. <input type="checkbox"/> 出生                      2. <input type="checkbox"/> 民國                      年                      月                      日<br>3. <input type="checkbox"/> 第一次診斷時間：民國                      年                      月                      日 |  |  |  |  |  |
|             | 部位  |  |  |  |  |  |  |
|             | 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  |  |  |  |  |  |
|             | 手冊<br>(證明)  | 1. <input type="checkbox"/> 無    2. <input type="checkbox"/> 有：_____類 _____度   |  |  |  |  |  |
| 視覺功能        | 左眼視力(矯正後)_____，右眼視力(矯正後)_____； <input type="checkbox"/> 左眼全盲， <input type="checkbox"/> 右眼全盲；<br>左眼視野_____，右眼視野_____； <input type="checkbox"/> 眼球震顫<br><input type="checkbox"/> 其他(請註明)_____               |  |  |  |  |  |  |
| 上肢功能        | 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 |  |  |  |
|             | <input type="checkbox"/> 書寫困難：抄寫速度：_____字/分   |  |  |  |  |  |  |
|             | <input type="checkbox"/> 抓握力氣差 <input type="checkbox"/> 雙手協調不佳 <input type="checkbox"/> 上臂位移控制差<br><input type="checkbox"/> 右上肢缺失 <input type="checkbox"/> 左上肢缺失<br><input type="checkbox"/> 其他(請註明)_____ |  |  |  |  |  |  |
| 坐姿/移<br>位   | <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<br><input type="checkbox"/> 無法久坐，需定時更換姿勢 <input type="checkbox"/> 需協助提早進入試場就座<br><input type="checkbox"/> 其他(請註明)_____         |  |  |  |  |  |  |
| 精神功能        | <input type="checkbox"/> 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：  
(簽名及蓋章)

專科類別及專科醫師科別字號：

中華民國                      年                      月                      日(需加蓋醫院關防並加註日期後，方具效力)