**108學年度身心障礙學生升學大專校院甄試**

**特殊需求(輔具)申請說明表**

※本表所填之內容，係作為特殊需求(輔具)服務審查之重要依據，應屆畢業生請由就讀學校之個案老師填寫；非應屆生請由監護人填寫，填寫時若有疑義，請致電至本甄試委員會洽詢，電話：03-4227151轉57148～57150。

**基本資料**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 就讀學校 |  高中 □應屆 □非應屆 |
| 中華民國身分證統一編號 |  | 出生年月日 |  |

**報考障礙類別**

|  |
| --- |
| * 視覺障礙 □ 聽覺障礙 □ 腦性麻痺 □ 學習障礙：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_型 □ 自閉症
* 其他障礙(請圈選所屬障礙類別:肢體障礙、智能障礙、語言障礙、情緒障礙、多重障礙、發展遲緩、身體病弱、其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
 |

**教育史(請簡述自幼至今之特殊輔導與教育過程)：**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**醫療史(請簡述發病、診治的時間及歷程)：**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**能力現況評估**

|  |  |
| --- | --- |
| 認知能力 | (請簡述記憶能力、理解能力、推理能力、注意力等狀況) |
| 溝通能力 | □可清楚表達意見 □僅可簡單表達意見 □無法自行表達意見 □其他： |
| 行動能力 | □可自主行動 □須借助輔具始可行動：\_\_\_\_\_\_\_\_(輔具) □不適宜戶外活動 |
| 人際關係 | □可與人一般交往 □僅與熟識人交往 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 健康情況 | □可自理日常生活 □須定期就診 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 學業能力 | □可參與一般學習 □須變更課程與學習活動： |
| 其 他 |  |

**聽覺障礙學生溝通方式及聽覺輔具使用**(請詳實勾選可複選，無聽覺障礙者免填)

|  |  |
| --- | --- |
| 溝通方式 | □口語 □手語 □筆談 □讀唇 □肢體語言 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 聽覺輔具 | □無 □助聽器 □電子耳 □搭配FM調頻系統 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 伴隨障礙 | □無 □有(□語言障礙 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

**校內評量方式**(請詳實勾選可複選)

|  |  |
| --- | --- |
| 試 題 | □一般書面 □紙本放大：\_\_\_\_\_\_\_\_ □電子試題 □報讀試題□點字試題 □盲用電子試題(BRL)　 □NVDA試題 □校內未評量□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 作　　答 | □一般紙筆 □點字機 □一般電腦 □盲用電腦 □錄音作答(口語) □校內未評量 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 場　　地 | □在原教室作答 □抽離至資源班作答 □單獨作答 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 紙筆測驗考試時間 | □正常應考時間 □各科均延長\_\_\_\_分鐘 □部分考科：\_\_\_\_\_\_\_\_延長\_\_\_\_\_\_\_分鐘  |
| 輔　　具 | □點字機 □盲用電腦 □盲用算盤 □擴視機：( 型)□放大鏡 □點字顯示器 □電子耳或助聽器搭配FM調頻系統 □輪椅 □電動輪椅 □搖桿滑鼠 □電腦 □桌面板□溝通板 □檯燈 □特殊桌椅：\_\_\_\_(長)\_\_\_\_(寬)\_\_\_\_(高) □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**其他說明(前列未盡事宜及補充說明或近期狀況)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**增附資料**

|  |
| --- |
| □無 □個別化教育計劃(IEP) □個別化支持計畫(ISP) □輔導紀錄 □心理衡鑑報告□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**填表人**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓　　名 | 王ＯＯ | 學校特殊教育推行委員會或校長章戳或監護人簽章 |
| 電　　話 | (03)1234-XXXX |  |
| 手　　機 | 0912-XXX-456 |
| 傳　　真 | (03)1234-XXXX |
| E-mail | abc@xxx.com.tw |
| 職　　務 | □普通班教師 □資源班教師□輔導室教師 □特教組組長□個案管理老師□監護人□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**填表日期：民國 年 月 日**

**108學年度身心障礙學生升學大專校院甄試**

**特殊需求(輔具)申請-診斷證明書**

* 請至衛生福利部認定之醫療單位（衛生福利部護理及健康照護司公告之「身心障礙鑑定醫院名冊」），就考生障礙類別相關之醫療科別辦理檢查。
* 本表請連同**報名表、特殊需求(輔具)申請說明表**一併繳交。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 性別 | □男 □女 |
| 中華民國身分證統一編號 |  | 電話 |  |
| 應診醫院 |  |
| 應診科別 |  | 應診日期 |  年 月 日 |
| 診斷 | **□**因**腦性麻痺**引起功能障礙者，請勾選，並簡述。 |
| 病情 | □病情屬永久性障礙或6個月內仍無法改善者，請勾選。 |
| **類別說明****(下列各項有勾選部份敬請主治醫師逐項簽章)** |
|   **1.視覺功能 □正常 □有障礙** |
| **勾選** | **障礙程度** | **基準(請醫師勾選並簽章)** |
| □ | 輕度障礙 | □1.矯正後兩眼視力均看不到0.3，或矯正後優眼視力為0.3，另眼視力小於0.1(不含)時，或矯正後優眼視力0.4，另眼視力小於0.05(不含)者。□2.兩眼視野各為20度以內者。□3.優眼自動視野計中心30度程式檢查，平均缺損大於10dB(不含)者。 |
| □ | 中度障礙 | □1.矯正後兩眼視力均看不到0.1時，或矯正後優眼視力為0.1，另眼視力小於0.05(不含)者。□2.優眼自動視野計中心30度程式檢查，平均缺損大於15Db(不含)者。 |
| □ | 重度障礙 | □1.矯正後兩眼視力均看不到0.01(或矯正後小於50公分辨指數)者。□2.優眼自動視野計中心30度程式檢查，平均缺損大於20dB(不含)者。□3.雙眼結構完全喪失或組織解構，包含無雙眼、眼球癆及不可逆之眼球萎縮。 |
| □ | 其他 | (請說明) |

|  |
| --- |
|  **2.聽覺功能 □正常 □有障礙 (障礙部分：□右耳 □左耳 □雙耳)** |
| **勾選** | **障礙程度** | **基準(請醫師勾選並簽章)** |
| □ | 輕度障礙 | 雙耳整體障礙比率介於50.0%至70.0% 如無法取得純音聽力閾值則為優耳(ABR)聽力閾值介於55至69分貝。 |
| □ | 中度障礙 | 雙耳整體障礙比率介於70.1%至90.0% 如無法取得純音聽力閾值則為優耳(ABR)聽力閾值介於70至90分貝。 |
| □ | 重度障礙 | 雙耳整體障礙比率大於等於90.1% 如無法取得純音聽力閾值則為優耳(ABR)聽力閾值大於等於91分貝。 |
| □ | 其他 | (請說明) |
|  **3.閱讀功能 □正常 □有障礙** |
| **勾選** | **基準(請醫師勾選並簽章)** |
| □ | 閱讀能力測驗得分低於就讀年級負二個標準差(不含)。 |
| □ | 年滿十二歲，且就讀國民中學以上之學校或未就讀者，閱讀能力測驗得分低於國小六年級常模負二個標準差。 |
| □ | 其他(請說明) |
|  **4.書寫/上肢功能 □正常 □有障礙 (慣用手： □右手 □左手)** |
| **勾選** | **基準(請醫師勾選並簽章)** |
| □ | 寫字慢，寫字速度：　　　　　　字／分 |
| □ | 準確度差 |
| □ | 握筆能力差 |
| □ | 書寫語言能力測驗得分低於就讀年級負二個標準差(不含)。 |
| □ | 年滿十二歲，且就讀國民中學以上之學校或未就讀者，書寫語言能力測驗得分低於國小六年級常模負二個標準差。 |
| □ | 翻書動作差 |
| □ | (慣用手)腕關節活動度差 |
| □ | 上臂位移控制度差 |
| □ | 雙手協調度差 |
| □ | 其他(請說明) |
|  **6.坐姿平衡功能 □正常 □有障礙** |
| **勾選** | **基準(請醫師勾選並簽章)** |
| □ | 無法自行坐下或站起 |
| □ | 姿勢異常 |
| □ | 書寫時會使姿勢控制不好 |
| □ | 主軀幹控制不好 |

|  |  |
| --- | --- |
| **勾選** | **基準(請醫師勾選並簽章)** |
| □ | 無法久坐，**需不定時 □站起 或 □走動 或 □平躺** |
| □ | 無法自行控制頭部或軀幹 |
| □ | 無法坐 |
| □ | 其他(請說明) |
|  **7.移位功能 □正常 □有障礙** |
| **勾選** | **基準(請醫師勾選並簽章)** |
| □ | 上下樓梯需協助 |
| □ | 需用輔具才能行走 |
| □ | 需用輪椅才能移位 |
| □ | 由站到坐需協助 |
| □ | 移位速度慢 |
| □ | 其他(請說明) |
|  **8.精神功能**  **□正常 □有障礙** |
| **分類** | **勾選** | **基準(請醫師勾選並簽章)** |
| 注意力 | □ | 注意力持續功能障礙 |
| □ | 注意力轉移功能障礙 |
| □ | 注意力集中功能障礙(易分心) |
| 情緒 | □ | 焦慮畏懼症狀 |
| □ | 憂慮症狀 |
| 行為 | □ | 強迫症狀 |
| □ | 固著行為 |
| □ | 衝動控制症狀 |
| □ | 其他干擾行為(請說明) |
| 溝通 | □ | 口語理解功能障礙 |
| □ | 口語表達功能障礙 |
| 其他 | (請說明) |

|  |
| --- |
| 以上經本院醫師診斷屬實，特予證明院 長： 主治醫師：中 華 民 國 年 月 日**（需加蓋醫院關防，方具效力）** |