

114 年第\_\_梯次國民小學師資類科學科知能評量

身心障礙應考人特殊考場服務申請表

申請日期： 年 月 日

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	報名領域	<input type="checkbox"/> 國語領域 <input type="checkbox"/> 數學領域 <input type="checkbox"/> 社會領域 <input type="checkbox"/> 自然領域
身分證字號	身心障礙手冊或證明正面影印本浮貼處				
	身心障礙手冊或證明反面影印本黏貼處				
緊急聯絡人姓名					
緊急聯絡人電話					
障礙情形	<input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 視覺障礙：( <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 弱視) <input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
申請服務項目	<input type="checkbox"/> 輔助設備 (應考人自備，需經檢查後使用) <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 輔具 (含助聽器) <input type="checkbox"/> 醫療器材 _____ <input type="checkbox"/> 延長作答時間 20 分鐘 <input type="checkbox"/> 螢幕字體放大 <input type="checkbox"/> 報讀試題 (由監試人員現場報讀) <input type="checkbox"/> 應考人唸出答案，考後由監試人員協助現場點選答案。 <input type="checkbox"/> 安排低樓層或設有電梯之試場 <input type="checkbox"/> 其他 (請敘明理由)：_____				
應試號碼： _____ (由試務人員填寫)	試場 安排	(由試務人員填寫)			申請人 簽章  (無法親自簽名者由其監 護、代理人代簽並註明原 因)

114 年國民小學師資類科學科知能評量

身心障礙應考人申請應考服務診斷證明書

※本診斷證明書須由衛生福利部認定之地區醫院以上醫院醫師開立。

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 ; <input type="checkbox"/> 女
住址		電話	( )
醫療機構名稱			
應診科別			

(以下請醫師詳實填寫，下列各項有勾選部分敬請主治醫師逐項簽章)

診 斷	
<p>類別說明：</p> <p><b>1. 視覺功能</b> <span style="float: right;">【醫師簽章】</span></p> <p><input type="checkbox"/> A. 兩眼視力矯正優眼在0.01 (不含) 以下。</p> <p><input type="checkbox"/> B. 兩眼全盲。</p> <p><input type="checkbox"/> C. 其他 (請註明) _____</p>	
<p><b>2. 上肢障礙</b> <span style="float: right;">【醫師簽章】</span></p> <p>慣用手：<input type="checkbox"/>右手 <input type="checkbox"/>左手</p> <p>書寫功能：<input type="checkbox"/>正常</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>有障礙</p> <p>【可複選】</p> <p><input type="checkbox"/>雙手協調度不佳 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/>雙上肢肌肉萎縮</span></p> <p><input type="checkbox"/>上臂動作位移差 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/>書寫時會使姿勢控制不好</span></p> <p><input type="checkbox"/>其他 (請註明) _____</p> <p><input type="checkbox"/>上肢缺失，以身體其他部位執筆書寫 <input type="checkbox"/>口 <input type="checkbox"/>腳 <input type="checkbox"/>其他 ( )</p>	

### 3.腦性麻痺，致身體協調功能不佳

【醫師簽章】

慣用手：右手 左手

書寫功能：正常

有障礙

【可複選】

頭部控制不好

坐不穩

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

骨盆穩定度差

下肢緊張不穩

需定時變化姿勢，無法久坐

無法坐

其他（請註明）\_\_\_\_\_

以上經本院醫師診斷屬實，特予證明

院長：

中華民國      年      月      日（需加蓋醫院關防，方具效力）