

115 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： | 試場安排 | | | 申請人簽章 | |
| (由試務人員填寫) | | (由試務人員填寫) | | | (無法親自簽名者由其監護、代理人代簽並註明原因) |

115 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 | | | |
| 類別說明： <div style="float: right;">【醫師簽章】</div> | | | |
| 1. 視覺功能 <div style="float: right;">【醫師簽章】</div> | | | |
| <input type="checkbox"/> A. 兩眼視力矯正優眼在0.01（不含）以下。 <input type="checkbox"/> B. 兩眼全盲。 <input type="checkbox"/> C. 其他（請註明）_____ | | | |
| 2. 上肢障礙 <div style="float: right;">【醫師簽章】</div> | | | |
| 慣 用 手： <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 書 寫 功 能： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙 | | | |
| 【可複選】 | | | |
| <input type="checkbox"/> 雙手協調度不佳 | | <input type="checkbox"/> 雙上肢肌肉萎縮 | |
| <input type="checkbox"/> 上臂動作位移差 | | <input type="checkbox"/> 書寫時會使姿勢控制不好 | |
| <input type="checkbox"/> 其他（請註明）_____ | | | |
| <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（ ） | | | |

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）