

附表 3 身心障礙應考人特殊考場服務申請表

114 年第一梯次數位教學能力檢測

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	☐ 男 ☐ 女	測驗 日期	
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浮貼處			
緊急聯絡人 姓名					
緊急聯絡人 電話					
障礙情形	☐ 聽覺障礙 ☐ 視覺障礙：（ ☐ 全盲 ☐ 弱視） ☐ 肢體障礙 ☐ 其他：_____				
申請 服務項目	☐ 輔助設備（應考人自備，需經檢查後使用） ☐ 放大鏡 ☐ 擴視機 ☐ 輔具（含助聽器） ☐ 醫療器材_____ ☐ 延長作答時間20分鐘 ☐ 螢幕字體放大 ☐ 報讀試題（由監試人員現場報讀） ☐ 應考人唸出答案，考後由監試人員協助現場點選答案。 ☐ 安排低樓層或設有電梯之試場 ☐ 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)					

(無法親自簽名者由其監護、代理人代簽並註明原因)

附表 4 身心障礙應考人申請應考服務診斷證明書

114 年第一梯次數位教學能力檢測

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	☐ 男 ☐ 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： 1. 視覺功能 【醫師簽章】 ☐ A. 兩眼視力矯正優眼在0.01（不含）以下。 ☐ B. 兩眼全盲。 ☐ C. 其它（請註明）_____	
2. 上肢障礙 【醫師簽章】 慣用手：☐右手 ☐左手 書寫功能：☐正常 ☐有障礙 【可複選】 ☐雙手協調度不佳 ☐雙上肢肌肉萎縮 ☐上臂動作位移差 ☐書寫時會使姿勢控制不好 ☐其他（請註明）_____ ☐上肢缺失，以身體其他部位執筆書寫 ☐口 ☐腳 ☐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）