

附表 1 身心障礙應考人特殊考場服務申請表

**115 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<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：  <hr/>	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)	

附表 2 身心障礙應考人申請應考服務診斷證明書

115 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	<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：	
1. 視覺功能	【醫師簽章】
<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. 其它 (請註明) _____	
2. 上肢障礙	【醫師簽章】
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

需定期變化姿勢，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）