

**國立臺中教育大學**  
**特殊需求考生應考需求申請診斷書**

考生姓名		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話：
住 址			身分證字號：
應診科目			應診日期
診 斷			
症 狀			
<p>1.視覺功能</p> <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙【可複選】 ( ) 優眼視力在 0.2 (不含) 以下，或優眼視野在八個方位均為 20 度 (不含) 以內者。視力以矯正視力為主。 ( ) 其他【請註明】	<p>3.坐姿平衡功能</p> <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 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】	主治醫師 簽 章	
<p>2.上肢功能</p> <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙【可複選】 ( ) 寫字慢 ( ) 準確度差 ( ) 寫字力氣差 ( ) 雙手協調度差 ( ) 上臂動作位移差 ( ) 上臂動作位移大 ( ) 其他【請註明】	<p>4.移位功能</p> <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙【可複選】 ( ) 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 (須加蓋醫院關防，方具效力)			

附註：未領有身心障礙手冊之考生須持本表至衛生福利部認定之醫學中心或地區教學醫院檢查影響考生考試之各項閱讀、書寫及移動之能力。