

國立高雄大學身心障礙生應考服務申請表

※本表填妥後，務請於報考時一併申請（傳真：07-5919111），以憑辦理※

考生姓名			(請浮貼身心障礙手冊正反面影本)
性 別	☐ 男	☐ 女	
畢業學校			
聯絡電話	電話： 手機：		
緊急聯絡人及電話	姓名： 電話： 手機：	關係：	
參加考試名稱	考試名稱： 報考系所別：		
考 區	一律於高雄考區應考。		

考生應考服務項目：第 1 至 3 項必選，有特殊需要者須詳述於第 4、5 項或備註欄。

申請項目		招生委員會審定結果
1. 入場時間	☐ 提早五分鐘進入試場準備 ☐ 正常入場時間	☐ 同意 ☐ 否
2. 考試時間	☐ 延長應考時間（至多延長 20 分鐘） ☐ 正常應考時間	☐ 同意 ☐ 否
3. 試 題	☐ 提供放大為 A3 紙之試題本作答 ☐ 提供他人代念試題本作答 ☐ 一般試題	☐ 同意 ☐ 否
4. 輔 具 (請考區準備)	☐ 坐式馬桶 ☐ 特殊桌椅（桌高____cm，寬深____cmX____cm） ☐ 檯燈 ☐ 其他：_____	
5. 輔 具 (考生自行準備)	☐ 輪椅 ☐ 點字機 ☐ 擴視機 ☐ 醫療器具（_____） ☐ 檯燈 ☐ 放大鏡 ☐ 其他：_____	
備 註		

考生簽章：_____

申請日期：中華民國____年____月____日

國立高雄大學身心障礙生應考申請表：診斷證明書

※請持本「診斷證明書」至行政院衛生署認定之醫學中心或區域醫院或地區教學醫院，與考生之身心障礙類別相關之醫療科別，檢查影響考生考試之各項閱讀、書寫及移動之能力。

考試名稱			
考生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女
住 址		電 話	()
應診醫院			
應診科別		應診日期	年 月 日

(以下請醫師詳實填寫)

診 斷	
病 情	
請詳述。如病情屬永久性障礙或在六個月內仍無法改善者，務請註明。	☐ 病情屬永久性障礙或在六個月內仍無法改善。

類別說明：(下列各項有勾選部分敬請主治醫師逐項簽章)

1.視覺功能☐正常 ☐有障礙 【醫師簽章】【以下可複選，以矯正視力為準】 _____ 眼球震顫 _____ 重度障礙： ☐A.兩眼視力優眼在 0.01（不含）以下者。 ☐B.優眼自動視野計中心 30 度程式檢查，平均缺損大於 20DB（不含）者。 _____ 中度障礙： ☐A.兩眼視力優眼在 0.1（不含）以下者。 ☐B.優眼自動視野計中心 30 度程式檢查，平均缺損大於 15DB（不含）者。 ☐C.單眼全盲（無光覺）而另眼視力在 0.2（不含）以下者。 _____ 輕度障礙： ☐A.兩眼視力優眼在 0.1（含）至 0.2（含）者。 ☐B.兩眼視野各為 20 度以內者。 ☐C.優眼自動視野計中心 30 度程式檢查，平均缺損大於 10DB（不含）者。 ☐D.單眼全盲（無光覺）而另眼視力在 0.2（含）至 0.4（不含）者。 _____ 其他：(請註明) _____	2.慣 用 手☐右手 ☐左手 3.書寫表現☐正常 ☐有障礙 【醫師簽章】【以下可複選】 _____ ☐寫字慢 書寫速度：_____ 字/分 _____ ☐準確度差 _____ ☐可讀性差 上肢功能 _____ ☐抓握力氣差 _____ ☐雙手協調度差 _____ ☐上臂位移控制差 _____ ☐其他（請註明） _____ _____
---	--

【續下頁】

類別說明

(下列各項有勾選部分敬請主治醫師逐項簽章)

4. 坐姿平衡功能 ☐ 正常 ☐ 有障礙
【醫師簽章】【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) _____

5. 移位功能 ☐ 正常 ☐ 有障礙
【醫師簽章】【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) _____

6. 聽覺功能 ☐ 正常 ☐ 有障礙
【醫師簽章】【可複選】

_____ ☐ 優耳聽力損失在 55 分貝以上

_____ ☐ 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)