

107年第二梯次國民小學師資類科師資生學科知能評量

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。

應考人姓名		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. 其他 (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）

