

附表 3 身心障礙應考人特殊考場服務申請表

113 年第二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：	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

113 年第二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	
<p>類別說明：</p> <p>1. 視覺功能 【醫師簽章】</p> <p><input type="checkbox"/> A. 兩眼視力矯正優眼在0.01（不含）以下。</p> <p><input type="checkbox"/> B. 兩眼全盲。</p> <p><input type="checkbox"/> C. 其它（請註明）_____</p>	
<p>2. 上肢障礙 【醫師簽章】</p> <p>慣用手：<input type="checkbox"/>右手 <input type="checkbox"/>左手</p> <p>書寫功能：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>有障礙</p> <p>【可複選】</p> <p><input type="checkbox"/>雙手協调度不佳 <input type="checkbox"/>雙上肢肌肉萎縮</p> <p><input type="checkbox"/>上臂動作位移差 <input type="checkbox"/>書寫時會使姿勢控制不好</p> <p><input type="checkbox"/>其他（請註明）_____</p> <p><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（_____）</p>	

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）