

國立成功大學 106 學年度碩士班入學考試  
身心障礙考生應診檢查表

**※申請之考生必須使用本既定表格，並應持本表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就診，始為有效。**

考生姓名		性別		聯絡電話	
通訊地址	□□□				
應診科別				應診日期	年 月 日
診 斷					
病 情					
類別說明	<p>※醫師於檢查後，診斷結果應於各相關類別項目之 ( ) 內勾註，勾註後並應於“√”上加蓋戳章，俾利本校確認考生情況，以憑審核。</p> <p>1、 視覺功能：<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。<u>視力以矯正視力為主。</u> ( ) 其他 (請註明):</p> <p>2、 聽覺功能：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>有障礙 【可複選】 ( ) 聽力較好耳之平均聽力為五十五分貝以上 ( ) 其他 (請註明):</p> <p>3、 上肢功能：<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>				主治醫師簽章

<p>類別說明</p>	<p><b>4、坐姿平衡功能：</b><input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>有障礙  <b>【可複選】</b>  <input type="checkbox"/> 頭部控制不好  <input type="checkbox"/> 坐不穩  <input type="checkbox"/> 無法自行坐下或站起  <input type="checkbox"/> 姿勢異常  <input type="checkbox"/> 書寫時會使姿勢控制不好  <input type="checkbox"/> 主軀幹控制不好  <input type="checkbox"/> 骨盆穩定度差  <input type="checkbox"/> 下肢緊張不穩  <input type="checkbox"/> 需定時變化姿勢，無法久坐  <input type="checkbox"/> 無法坐  <input type="checkbox"/> 其他（請註明）：</p> <p><b>5、移位功能：</b><input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>有障礙  <b>【可複選】</b>  <input type="checkbox"/> 上下樓梯需協助  <input type="checkbox"/> 需用輔具才能行走  <input type="checkbox"/> 需用輪椅才能移位  <input type="checkbox"/> 由站到坐需協助  <input type="checkbox"/> 移位速度慢  <input type="checkbox"/> 其他（請註明）：</p>	<p>主治醫師簽章</p>
-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

以上經本院醫師診斷屬實，特予證明

院長簽章：

中華民國      年      月      日

（需加蓋診斷醫院關防，方具效力）