

輔仁大學\_\_學年度\_\_\_\_\_招生  
身心障礙/突發傷病考生應考申請表

※本表填妥後，務請於報名時一併繳驗，以憑辦理※

考生姓名		(身心障礙手冊正反面影本黏貼處)
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
畢業學校	_____代碼_____	
緊急聯絡人		
聯絡電話		
備 註	※若考生所申請之服務項目，經審定為一般試場無法提供者（如：全盲考生、重度腦性麻痺考生等必須使用紙筆以外之輔具、或需提供特殊輔助者），則依規定安排特殊試場應試。	

考生應考服務項目：

項 目	考生自填之申請項目	審查小組審定結果
提早入場	<input type="checkbox"/> 是(提早五分鐘入場準備) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
放大答案卡 或 空白紙作答	<input type="checkbox"/> 答案卡放大為A4影印本作答 <input type="checkbox"/> 以A4空白紙代替答案卡作答 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
放大試題	<input type="checkbox"/> 是(提供放大為A3之影印試題本) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
延長時間	<input type="checkbox"/> 是(至多以20分鐘為限) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
自備輔具	<input type="checkbox"/> 檯燈 <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 點字機 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 其他：_____.	
需要試場 準備之輔具	<input type="checkbox"/> 盲用電腦 <input type="checkbox"/> 特製桌椅 <input type="checkbox"/> 檯燈 <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 身心障礙生專用廁所 <input type="checkbox"/> 其他：_____.	
備 註		

考生親自簽名：\_\_\_\_\_ (無法親自簽名者由其監護人代簽並註明原因)

輔仁大學 \_\_\_\_\_ 學年度 \_\_\_\_\_ 招生  
身心障礙/突發傷病考生應考申請表：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。

考生姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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6個月內仍無法改善者，請註明。	

類別說明：(下列各項有勾選部分敬請主治醫師逐項簽章)

<p>1. 視覺功能 <input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>有障礙 【醫師簽章】【可複選】(以矯正視力為準)</p> <p>_____ 重度：  <input type="checkbox"/>A.兩眼視力優眼在0.01(不含)以下者。  <input type="checkbox"/>B.優眼自動視野計中心三十度程式檢查，平均缺損大於二十DB(不含)者。</p> <p>_____ 中度：  <input type="checkbox"/>A.兩眼視力優眼在0.1(不含)以下者。  <input type="checkbox"/>B.優眼自動視野計中心三十度程式檢查，平均缺損大於十五DB(不含)者。  <input type="checkbox"/>C.單眼全盲(無光覺)而另眼視力在0.2(不含)以下者。</p> <p>_____ 輕度：  <input type="checkbox"/>A.兩眼視力優眼在0.1(含)至0.2(含)者。  <input type="checkbox"/>B.兩眼視野各為20度以內者。  <input type="checkbox"/>C.優眼自動視野計中心三十度程式檢查，平均缺損大於十DB(不含)者。  <input type="checkbox"/>D.單眼全盲(無光覺)而另眼視力在0.2(含)至0.4(不含)者。</p> <p>_____ 其他(請註明) _____.</p>	<p>2. 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 【醫師簽章】【可複選】</p> <p>_____ <input type="checkbox"/>寫字慢</p> <p>_____ <input type="checkbox"/>準確度差</p> <p>_____ <input type="checkbox"/>寫字力氣差</p> <p>_____ <input type="checkbox"/>雙手協調度差</p> <p>_____ <input type="checkbox"/>上臂動作位移差</p> <p>_____ <input type="checkbox"/>上臂動作位移大</p> <p>_____ <input type="checkbox"/>其他(請註明)</p>
--	---

類別說明

(下列各項有勾選部分敬請主治醫師逐項簽章)

3. 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)

4. 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)

5. 聽覺功能 正常 有障礙

【醫師簽章】 【可複選】

\_\_\_\_\_ 優耳聽力損失在五十五分貝以上

\_\_\_\_\_ 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)