

身心障礙應考人申請國家考試權益維護措施之醫院診斷證明書

※本診斷證明書須由行政院衛生署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			
<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. 其他(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</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>有障礙</p> <p>【可複選】</p> <p><input type="checkbox"/>雙手協調度不佳 <input type="checkbox"/>雙上肢肉萎縮</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）