

國立臺灣大學 114 年度基礎學科免修認證考試

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，並應持本表至本校指定醫療單位（衛生福利部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	※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。 1、視覺功能：☐正常 ☐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）： 2、聽覺功能：☐正常 ☐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）： 3、上肢功能：☐正常 ☐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）：				主治醫師簽章

類別說明	4、坐姿平衡功能：☐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）： 5、移位功能：☐正常 ☐有障礙 【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）：	主治醫師簽章
------	--	--------

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）