

臺北市立建國高級中學 101 學年度科學班免試入學身心障礙考生應考服務申請表

考生姓名		就讀學校 (全銜)	
緊急 連絡人		聯絡電話	(電話) (手機)
身心障礙手冊正反面影本 或 縣市鑑輔會證明影本 (浮 貼)			

◎身心障礙考生應考服務項目：請考生依需求勾選申請項目，需檢附證明文件

申請項目	需求情形	審定結果
提早入場	<input type="checkbox"/> 是 (提早五分鐘進入試場準備) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 否
放大試題	<input type="checkbox"/> 是 (提供放大為 A3 紙之影印試題) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 否
需要考場 準備輔具	<input type="checkbox"/> 檯燈 <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明):	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 否
其他 特殊需求 (請詳填)		<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 否

考生親自簽名：_____

監護人代簽：_____，(原因說明)

(無法親自簽名者由其監護人代為簽名並註明原因)

審查單位核章：

臺北市立建國高級中學 101 學年度科學班免試入學身心障礙考生應考服務申請表：診斷證明書

※請至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、書寫及移動等能力。舉例說明參考如下：視障考生至眼科檢查「視覺功能」，肢障考生至復健科、神經科檢查「慣用手」、「書寫表現」等肢體功能，學習障礙、精神障礙、自閉症等考生至(青少年兒童)精神科、心智科檢查「精神功能」。

考生姓名		身份證統一編號	
電話	()	手機	
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，務請註明。	<input type="checkbox"/> 病情屬永久性障礙或在6個月內仍無法改善者。

類別說明：(請至障礙類別相關之醫療科別檢查，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】【以下可複選，以矯正視力為準】</p> <p>_____ 眼球震顫 _____ 重度障礙： <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30度程式檢查，平均缺損大於20DB(不含)者。 _____ 中度障礙： <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30度程式檢查，平均缺損大於15DB(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。 _____ 輕度障礙： <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30度程式檢查，平均缺損大於10DB(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。 _____ 其他(請註明) _____</p>	<p>2. 慣用手 <input type="checkbox"/>右手 <input type="checkbox"/>左手 3. 書寫表現 <input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>有障礙 【醫師簽章】【以下可複選】</p> <p>_____ <input type="checkbox"/>寫字慢 書寫速度：_____ 字/分</p> <p>_____ <input type="checkbox"/>準確度差</p> <p>_____ <input type="checkbox"/>可讀性差</p> <p>上肢功能</p> <p>_____ <input type="checkbox"/>抓握力氣差</p> <p>_____ <input type="checkbox"/>雙手協調度差</p> <p>_____ <input type="checkbox"/>上臂位移控制差</p> <p>_____ <input type="checkbox"/>其他(請註明)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

(續第14頁)

類別說明

(下列各項有勾選部分敬請主治醫師逐項簽章)

4.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)

5.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)

6.聽覺功能 正常 有障礙

【醫師簽章】 【可複選】

- 優耳聽力損失在55分貝以上
其他(請註明)

7.精神功能 正常 有障礙

【醫師簽章】 【可複選】

(1)思考

- 閱讀理解障礙
其他思考流程功能障礙

(請說明：)

(2)注意力

- 注意力持續功能障礙
注意力轉換功能障礙
注意力集中功能障礙(易分心)

(請說明：)

(3)情緒

- 有顯著焦慮畏懼症狀
有顯著憂慮症狀
有顯著調節障礙

(請說明：)

(4)行為

- 有顯著強迫症狀
有顯著衝動控制症狀
有顯著固著行為
有顯著其他干擾行為

(請說明：)

(5)溝通

- 口語理解功能障礙
口語表達功能障礙

(請說明：)

以上經本院醫師診斷屬實，特予證明

院長：

中華民國 年 月 日 (需加蓋醫院關防及院長章，方具效力)

臺北市立建國高級中學 101 學年度科學班免試入學身心障礙考生在校學習紀錄表

基本資料

學生姓名		就讀學校(全銜)	
出生日期	年 月 日	就讀班級	<input type="checkbox"/> 普通班 <input type="checkbox"/> 資源班 <input type="checkbox"/> 特教班 <input type="checkbox"/> 其他_____

障礙類別(可複選)

視覺障礙 肢體障礙 腦性麻痺 嚴重情障 自閉症 學習障礙 其他_____

簡史(請簡述自幼就讀的學校、班級、特殊輔導與教育的過程，以及發病、求醫、診治的時間及歷程)

教育史：

醫療史：

能力現況評估

溝通能力 可清楚表達意見 僅可簡單表達意見 其他：_____

行動能力 可自主行動 不適合戶外活動 須協助始可行動：_____

人際關係 可與同學一般交往 僅與少數特定同學交往 其他：_____

健康情況 可自理日常生活 須定期復診 其他：_____

學業能力 可參與一般學習 須變更課程與學習活動：_____

其 他 _____

校內評量方式(請詳實勾選，可複選)

試題：一般書面 書面放大_____％ 點字 人工報讀 語音播放 電腦
其他_____

作答：一般紙筆 點字機 口語 電腦 旁人協助或解釋 其他_____

場地：一般教室 單獨作答 小組作答 在資源班作答 其他_____

時間：一般時間 提早_____分鐘入場 增加休息次數 增加施測次數
延長考試時間(各科均延長_____分鐘 部分考科：_____延長_____分鐘)

輔具：特殊桌椅 點字機 盲用電腦 檯燈 放大鏡 擴視機 其他_____

其他說明(前列未竟事宜及補充說明)

填寫人

姓名		職務	<input type="checkbox"/> 普通班教師 <input type="checkbox"/> 資源班教師 <input type="checkbox"/> 特教組教師
電話	()		<input type="checkbox"/> 輔導室教師 <input type="checkbox"/> 其他_____
e-mail			

※ 本表填載之內容，係作為應考服務審查之重要參考，請由就讀學校之指導老師填寫；並請加蓋學校特殊教育推行委員會或校長章戳。除視覺與肢體障礙類別以外之考生，於本表外請增附個別化教育計畫或輔導紀錄。