

國立臺北大學 114 學年度日間學士班轉學生招生考試
身心障礙考生應診檢查表（書寫能力證明、一般電腦或盲用電腦申請）

※其他因功能性障礙嚴重影響書寫能力擬申請延長考試時間者，應持本表至衛生福利部認定之地區醫院或醫院評鑑合格以上之醫院就診；視障考生擬申請一般電腦或盲用電腦者，可持本表至衛生福利部認定之地區醫院或醫院評鑑合格以上之醫院就診；醫療單位出具時間計算至報名日期前 1 年內有效。

考生姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話	
通訊地址	□□□□				
醫療機構名稱					
應診科別		應診日期		年	月 日

（以下請醫師詳實填寫）

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「<u>√</u>」上加蓋戳章，俾利本校確認考生情況，以憑審核。</p> <p>一、視覺功能：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>有障礙 【可複選】</p> <p><input type="checkbox"/>兩眼視力優眼在 0.01（不含）以下，<u>視力以矯正視力為主</u>。 <input type="checkbox"/>兩眼全盲。 <input type="checkbox"/>其他（請註明）：</p> <p>二、上肢功能：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>有障礙 【可複選】</p> <p><input type="checkbox"/>寫字慢 <input type="checkbox"/>準確度差 <input type="checkbox"/>寫字力氣差 <input type="checkbox"/>雙手協調度差 <input type="checkbox"/>上臂動作位移差 <input type="checkbox"/>上臂動作位移大 <input type="checkbox"/>其他（請註明）：</p>	主治醫師簽章

類別說明	<p>三、坐姿平衡功能：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>有障礙</p> <p>【可複選】</p> <p><input type="checkbox"/>頭部控制不好</p> <p><input type="checkbox"/>坐不穩</p> <p><input type="checkbox"/>無法自行坐下或站起</p> <p><input type="checkbox"/>姿勢異常</p> <p><input type="checkbox"/>書寫時會使姿勢控制不好</p> <p><input type="checkbox"/>主軀幹控制不好</p> <p><input type="checkbox"/>骨盆穩定度差</p> <p><input type="checkbox"/>下肢緊張不穩</p> <p><input type="checkbox"/>需定時變化姿勢，無法久坐</p> <p><input type="checkbox"/>無法坐</p> <p><input type="checkbox"/>其他（請註明）：</p>	主治醫師簽章
<p>以上經本院醫師診斷屬實，特予證明</p> <p>院長簽章：</p> <p>中華民國 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">（需加蓋診斷醫院關防，方具效力）</p>		

【第二頁】