

經濟部新進職員甄試身心障礙應考人申請權益維護措施之醫院診斷證明書

下列粗線框格資料由應考人填寫

姓名		生日	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		電話	()				手機	
地址								
醫療機構名稱				應診科別				
應考人親筆簽名： _____								

本診斷證明書須由衛生福利部認定之地區醫院以上醫院主治醫師開立，
並於填寫或勾選註記部份逐項蓋章。

診斷說明									
身心障礙	發生時間	1. <input type="checkbox"/> 出生 2. <input type="checkbox"/> 民國 年 月 日 3. <input type="checkbox"/> 第一次診斷時間：民國 年 月 日							
	部位								
	影響	1. <input type="checkbox"/> 書寫 2. <input type="checkbox"/> 閱讀 3. <input type="checkbox"/> 坐姿/移位 4. <input type="checkbox"/> 其他							
	手冊 (證明)	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有： _____ 類 _____ 度							
視覺功能	左眼視力(矯正後) _____，右眼視力(矯正後) _____； <input type="checkbox"/> 左眼全盲， <input type="checkbox"/> 右眼全盲								
上肢功能	慣用手	障礙發生前： <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手			障礙發生後： <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手				
	<input type="checkbox"/> 書寫困難：抄寫速度： _____ 字/分								
	<input type="checkbox"/> 抓握力氣差 <input type="checkbox"/> 雙手協調不佳 <input type="checkbox"/> 上臂位移控制差 <input type="checkbox"/> 右上肢缺失 <input type="checkbox"/> 左上肢缺失 <input type="checkbox"/> 其他(請詳細註明) _____								
坐姿/移位	<input type="checkbox"/> 需自備座椅/輪椅應考 <input type="checkbox"/> 需協助提早入考場座位 <input type="checkbox"/> 其他(請詳細註明) _____								
精神功能	<input type="checkbox"/> 有障礙(請詳細註明) _____								
其他									

以上經本院醫師診斷屬實，特予證明

醫師： _____ 專科類別及專科醫師科別字號：
(簽名或蓋章)

中華民國 年 月 日(須加蓋醫院關防並加註日期後，方具效力)