**大專校院特殊教育學生鑑定視覺功能及生活適應概況調查表**

109年大專校院特殊教育學生鑑定視功能評估擬訂會議制定

109年研商大專校院特殊教育學生鑑定基準與研判原則修正會議通過

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 填表人 |  | 填表日期  | 年 月 日 |
| **基本資料** |
| **學生姓名** |  | **出生日期** |  年 月 日 |
| **性別** | □男 □女 | **就讀系所** |  |
| **視覺障礙病因及視覺功能** |
| **醫療診斷**(以醫療診斷書為準) | 診斷病名：ICD碼：病因：（如有，請說明其為先天、後天或遺傳）檢查日期： |
| **最佳矯正視力** | 右眼：左眼： | **視野缺損情形** | 右眼：左眼： |
| **其他**(如：配鏡度數、其他視覺狀況) |  |
| **功能性視覺對學習及行動之影響** |
| **近距離閱讀** | 對於閱讀教科書、講義、試卷…等，□是 □否 **感到困難**補充說明： |
| **遠距離閱讀** | 對於閱讀板書、投影幕、播影片…等，□是 □否 **感到困難**補充說明： |
| **定向及行動** | 入學後這段期間□是 □否 獨自於校園生活環境行走□是 □否 容易迷路□是 □否 行走時容易碰撞□是 □否 於陰暗處(或夜間)行動有困難補充說明： |
| **輔具使用** | 輔具類別：□光學輔具□科技資訊輔具(可複選)使用頻率：□經常使用 □不常使用，原因：補充說明： |
| **其他** | 感到比較困難的科目(或環境)及原因：在課業、行動、生活、心理上，需要得到的協助： |

※若本頁不敷使用，請自行續頁。