

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。