

**全國教師工會總聯合會、財團法人秋圃文教基金會  
視障者跨齡整體重建及訓練服務計劃 服務申請表**

申請日期：\_\_\_\_年 月 日

填表說明：第二部分請就您所知填寫。

**第一部分：聯絡人資料**

學校全名				學校 地址	
學校聯絡人	職 稱				
聯絡人電話		傳真號碼			E-MAIL
視障巡迴輔導教師		電話			E-MAIL
家庭聯絡人		關係			電話

**第二部分：視障學生基本資料**

以下視障學生資訊請盡量就您所知填寫，將有助於協助者了解，利於與教師討論，謝謝！					
學生年級				學生姓名	
上課型態 (可複選)	<input type="checkbox"/> 普通班 <input type="checkbox"/> 集中式特教班 <input type="checkbox"/> 分散式資源班 <input type="checkbox"/> 不分類巡迴 <input type="checkbox"/> 視障巡迴 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
障礙手冊/ 證明	障礙類別： <input type="checkbox"/> 視覺障礙，程度：____度，ICF 編碼：_____ <input type="checkbox"/> 合併其他障礙，程度：____度，ICF 編碼：_____				
醫學診斷/ 障礙現況描 述	眼科或罕病病名：_____（請填寫與障礙有關的醫學診斷、疾病名稱如：視網膜病變、視神經、青光眼、史蒂文生強生症候群、阿爾斯壯症候群、自體免疫性(類風濕、紅斑性狼瘡、…)） <input type="checkbox"/> 不清楚				
導致障礙 年齡/原因	<input type="checkbox"/> 發現障礙的年齡：____歲，請說明原因：_____（如早產、疾病、意外…） <input type="checkbox"/> 不清楚				
醫療情形	<input type="checkbox"/> 目前沒有接受醫療服務 <input type="checkbox"/> 曾開過刀，幾歲：____，開刀部位：_____（例：腦部、眼部視網膜、水晶體、…） <input type="checkbox"/> 目前有固定用藥(作用：_____) <input type="checkbox"/> 目前有定期門診(頻率：_____；醫院：_____)				

	<input type="checkbox"/> 目前定期復健(頻率：_____；醫院：_____) <input type="checkbox"/> 不清楚
課後照顧情況	1. 目前在家主要照顧者： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 2. 目前放學後： <input type="checkbox"/> 回家 <input type="checkbox"/> 到安親班 <input type="checkbox"/> 其他：_____
校園生活獨立程度	1、生活自理獨立及主動程度號碼填入方格(1. 完全獨立及主動；2. 部分獨立及主動；3. 無法獨立及主動)： <input type="checkbox"/> 穿脫衣 <input type="checkbox"/> 外套收納 <input type="checkbox"/> 課本文具收納 <input type="checkbox"/> 班級清潔工作 <input type="checkbox"/> 如廁(穿脫、沖水) <input type="checkbox"/> 使用筷子用餐 <input type="checkbox"/> 倒水 <input type="checkbox"/> 其它：_____ 2、行動獨立及主動程度號碼填入方格(1. 完全獨立及主動；2. 部分獨立及主動；3. 無法獨立及主動)： <input type="checkbox"/> 走去倒水 <input type="checkbox"/> 走去如廁 <input type="checkbox"/> 走到目的教室 <input type="checkbox"/> 走到目的辦公室 <input type="checkbox"/> 相關教室走到校門口 <input type="checkbox"/> 其它：_____ 3. 具有校園心理地圖(能用方位方式正確描述如何到達)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 4. 目前使用行動輔具： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 白手杖 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 其它：_____ 5. 目前在校主要協助者： <input type="checkbox"/> 助理員(1 週/___節) <input type="checkbox"/> 志工(1 週/___節) <input type="checkbox"/> 愛心媽媽(1 週/___節) <input type="checkbox"/> 同學 <input type="checkbox"/> 其他_____
閱讀及書寫	1. 學生目前讀寫方式及速度〈可複選〉 a. 閱讀方式： <input type="checkbox"/> (放大/一般)國字 <input type="checkbox"/> 點字 <input type="checkbox"/> 語音報讀軟體 <input type="checkbox"/> 人工報讀 <input type="checkbox"/> 其他_____ a-1. 閱讀速度： <input type="checkbox"/> 落後一般同學 <input type="checkbox"/> 跟一般同學一致 b. 書寫方式： <input type="checkbox"/> 紙筆 <input type="checkbox"/> 點字 b-1. 書寫速度： <input type="checkbox"/> 落後一般同學 <input type="checkbox"/> 跟一般同學一致 c. 電腦鍵盤輸入法： <input type="checkbox"/> 點字 <input type="checkbox"/> 注音 <input type="checkbox"/> 倉頡 <input type="checkbox"/> 嘸蝦米 <input type="checkbox"/> 其他：_____ c-1. 輸入速度： <input type="checkbox"/> 落後一般同學 <input type="checkbox"/> 跟一般同學一致 2. 學生目前使用輔具： <input type="checkbox"/> 點字機/板 <input type="checkbox"/> 電腦 <input type="checkbox"/> 觸摸顯示器 <input type="checkbox"/> 放大軟體 <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 語音報讀軟體〈導盲鼠、NVDA、JAWS〉 <input type="checkbox"/> 錄音機 (mp3) <input type="checkbox"/> 聽書機 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 3. 學生目前可獨立使用通訊工具： <input type="checkbox"/> 家用電話 <input type="checkbox"/> 按鍵式手機 <input type="checkbox"/> 智慧型手機 <input type="checkbox"/> 其他_____
申請項目	1. <input type="checkbox"/> 特殊需求評估(含功能性視覺評估)、 <input type="checkbox"/> 諮詢服務(對象:教師、學生、家長；生涯轉銜規劃( <input type="checkbox"/> 早期療育、 <input type="checkbox"/> 就學、 <input type="checkbox"/> 升學、 <input type="checkbox"/> 實習、 <input type="checkbox"/> 就業))。 2. <input type="checkbox"/> 助理員時數經費:補就讀普通班申請政府核定時數後之不足或未及申請特殊案例。(經評估助理員工作內容以教材轉譯、口述影像、報讀板書或教材圖文、...等非生活照顧)、 <input type="checkbox"/> 助理員技能培訓。 <input type="checkbox"/> 寒(暑)期間: 年 月 日至 年 月 日, 每日_____小時, 總共_____小時。

3.  補充教材轉譯經費(講義、參考資料、測驗卷等)、 轉譯教材技能培訓。
4.  功能性課程輔導(點字、電腦技能、嚙蝦米鍵盤輸入法...等等)。
5.  輔具及工作機具借用[含維修](  擴視機  有聲球  斜面桌  雙視點字列印機  Tiger 圖形印表機  立體圖熱印機等)。
6.  課後生活自理能力訓練:定向行動、生活自理技能(自我照顧、收納整理、衛生清潔、家事烹飪等)。
- 非上述申請項目請選其他並說明需求
7.  其它: \_\_\_\_\_

**★以上服務是補政府資源之不足。**

\*本表請 E-MAIL: liensm522@gmail.com

或 FAX: 02-2585-7559, 並來電 02-2585-7528 #207 連秘書確認。

\*本件請呈視障學生導師、特教組長、輔導主任或教務主任、校長核可。

導師:

特教組長:

輔導主任或教務主任:

校長: