

## 年度大專校院肢障學生學習輔具需求自我評估表

 高中職  大專

姓名		就讀學校		科系/年級	
出生日期	年 月 日	身分證字號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
戶籍地址			個案聯絡電話		
學校地址			老師聯絡電話		
輔導老師 姓名		輔導老師 所屬單位 如:資源教室		疾病診斷(必填) 舉例:腦性麻痺 小兒麻痺	
以上資料僅供肢障學習輔具中心聯繫個案及寄送輔具用，同意接受評估者，各欄請務必詳細填寫，以利後續服務，謝謝。					
障礙類別： <input type="checkbox"/> (一) 身心障礙手冊肢體障礙： <input type="checkbox"/> 1. 輕度 <input type="checkbox"/> 2. 中度 <input type="checkbox"/> 3. 重度 <input type="checkbox"/> 4. 極重度 <input type="checkbox"/> (二) 肢體障礙伴隨其他障礙： <input type="checkbox"/> 1. 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 2. 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 3. 語言障礙 <input type="checkbox"/> 4. 智能障礙 <input type="checkbox"/> 5. 呼吸問題 <input type="checkbox"/> 6. 其他(請說明) _____					
請簡述上述障礙造成學習上的之影響：_____					
目前使用的輔具			希望申請的輔具		
<input type="checkbox"/> 書寫輔具，名稱_____			<input type="checkbox"/> 書寫輔具_____		
<input type="checkbox"/> 電腦輔具，種類_____			<input type="checkbox"/> 電腦輔具_____		
<input type="checkbox"/> 行動輔具，種類_____			<input type="checkbox"/> 行動輔具_____		
<input type="checkbox"/> 坐姿擺位輔具，種類_____			<input type="checkbox"/> 坐姿擺位輔具_____		
<input type="checkbox"/> 其他學習相關輔具_____			<input type="checkbox"/> 其他學習相關輔具_____		
使用上有無問題，如果有請簡述問題			_____		
_____			_____		
_____			注：電腦輔具不包括電腦本身，只含特殊輔助輸入、輸出介面		
是否接受評估		<input type="checkbox"/> 同意接受專業評估。 <input type="checkbox"/> 無須做任何改變 原因： <input type="checkbox"/> 目前這樣就好了，不要再做任何改變 <input type="checkbox"/> 其他：			
備註 1：回函請傳真 FAX: 04-22393953，傳真後請致電確認， TEL: 04-22393855 轉 81155 或 81156 施啟明、林映華、。 網址： <a href="http://www.eduassistech.org">www.eduassistech.org</a>					
備註 2：於開學前回傳可加速申請流程，開學一個月後回傳者，管理中心若無合適庫存輔具，須延至下個學期方能採購， 敬請見諒。					

申請人簽名(必填):

輔導老師簽名(必填):

填寫時間: 年 月 日