**花蓮縣中小學肢體障礙學生重新評估報告書 撰寫人：○○國小○○○**

113學年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 學生姓名 | | | |  | | | | 學校 | |  | | | | | | 班 級 | | |  |
| 性別 | | | | □男 □女 | | | | 生日 | |  | | | | | | 實足年齡 | | | 歲 月 |
| 特教類別 | | | |  | | | | 亞 型 | |  | | | | | | | | | |
| 目前  安置班型 | | | | □普通班  □普通班接受特教服務 □分散式資源班 □不分類巡迴輔導班  □集中式特教班  □在家教育 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **※醫療診斷：**（註：**＊號「2者擇1」**為必備佐證資料） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □**醫療診斷證明＊**  （一年內） | | | | | 醫療院所 |  | | | | | | 開立科別 | |  | | | | | |
| 開立日期 | | 年 月 日 | | | | | |
| 診斷內容  及醫囑 | | 視力缺損情形：視力 **or** 視野 | | | | | | | | | | | | |
| □**身心障礙證明＊** | | | | | 障礙類別 |  | | | | | ICF  診斷 | |  | | 鑑定日期 | | | 年 月 日 | |
| 障礙等級 |  | | | | | 重鑑日期 | | | 年 月 日 | |
| 家庭社區概況 | 主要照顧者稱謂： | | | | | | | | 原住民族：□是 □否 | | | | | | | | 新住民：□是 □否 | | |
| 學生家庭成員、父母職業、主要照顧者及教養態度、社經地位、居住情形(是否跨區)等狀況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 長及醫療史 | 學生各發展階段及接受醫療等狀況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 教育史 | 學生就學經驗、在校特殊事件等部份 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **※目前已提供特殊教育支持服務**  ＊請務必確認下列各項服務之現況，不可為未來將要申請或曾經提供而已取消之服務 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **普通班減少班級人數** | | | □無此服務；有：□1人 □2人 □其他： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **教師助理人員或特教學生助理人員** | | | □無此需求；有，□協助行動或生活自理 □協助處理嚴重行為問題 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **相關專業**  **服務** | | | □無此需求；有：□物理治療 □職能治療 □語言治療 □心理治療  □聽能管理 □定向行動　□社會工作　□其他： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **輔具服務** | | | □無此需求；有：□大字書、點字書或有聲書 □其他輔具： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **考試服務**  指於大型考試所需提供之服務 | | | □無此需求；有：請依需求勾選下列服務。  一、調整考試時間：□提早入場 □延長作答時間  二、無障礙試場：□無障礙環境 □設有昇降設備之試場 □地面樓層  三、提醒服務：□視覺提醒作答 □板書注意事項說明 □聽覺提醒作答  □手語翻譯  四、提供特殊試場：□單人試場 □設有空調設備試場 □少數人試場  五、輔具服務：□擴視機 □放大鏡 □點字機 □盲用算盤 □盲用電腦  □印表機 □檯燈 □特殊桌椅 □其他：  六、試題(卷)調整服務：□試題與考生之適配性、題數或比例計分 □放大試卷  □點字試卷 □電子試題 □有聲試題 □觸摸圖形試題  □提供試卷並報讀  七、作答方式調整服務：□電腦輸入法作答 □盲用電腦作答  □放大答案卡（卷） □電腦打字代謄  □口語（錄音）作答 □代謄答案卡 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **無障礙環境調整** | | | □無此服務；有：□安排適當座位 □教室近廁所或無障礙廁所  □適當教室位置 □其他： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **轉銜輔導** | | | □無此服務；有：□升學輔導 □心理輔導 □福利服務 □生活及就業服務  □相關專業服務 □其他： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **交通服務** | | | □無此服務；□有需求。仍需依本縣身心障礙學生無法自行上下學交通服務規定提出申請 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **其他支持**  **服務** | | | □無此服務；有：□視覺障礙學生巡迴輔導 □聽覺障礙學生巡迴輔導  □情緒行為問題專業支援團隊 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **重新評估整體分析** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **鑑定基準** | | 指上肢、下肢或軀幹之機能有部分或全部障礙，而致影響參與學習活動者。  前項所定肢體障礙，應由專科醫師診斷；其鑑定基準依下列各款規定之一：  一、先天性肢體功能障礙。  二、疾病或意外導致永久性肢體功能障礙。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **基準檢核** | | **□符合 □不符合 鑑定基準；其他：** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **結論** | | 說明：請依鑑定基準綜合前四項資料進行摘要說明 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **安置學校** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **安置班別** | | □普通班 □集中式特教班 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **特殊教育**  **服務方式** | | □普通班接受特教服務 □分散式資源班 □不分類巡迴輔導班 | | | | | | | | | | | | | | | | | |