高雄市國中小階段視障巡迴輔導申請表

|  |  |
| --- | --- |
| 申請學校： | 申請教師：聯絡電話：手機： |
| 申請年度：□新申請學生□經申請已核定之巡迴輔導學生\_\_\_\_\_\_年度 |
| 學生基本資料 | 姓名： | 性別： | 出生日期：　年　月　日 | 身份證字號： |
| 法定代理人/實際照顧者姓名: | 關係： | 聯絡電話：(O) (H)手機： |
| 地址： |
| 安置現況：□普通班\_\_\_\_年\_\_\_\_班 □資源班 □特教班\_\_\_\_年\_\_\_\_班 |
| 申請資格類別 | □鑑輔會核定文號（附影本）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，障礙類別：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □鑑輔會決議疑似障礙類別(附鑑定清冊影本：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，決議日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □醫師診斷證明（附影本），診斷結果：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □定期就診：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_醫院名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，診斷日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 檢附文件 | 必備 | □學籍資料卡（含校內視力檢查資料） |
| 選備 | □醫師診斷證明 □個別化教育計畫 □輔導紀錄表□其他輔導介入資料\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 具體行為簡述 | □閱讀後會頭疼或眼痛 □閱讀時間短暫，容易疲勞 □常邊讀書邊揉眼睛□手眼不協調，不會接球 □不敢自行下樓梯 □走路容易碰撞東西□讀寫速度緩慢 □筆畫多的字常寫錯 □字體結構鬆散，筆畫歪斜□閱讀時容易跳字漏行 □重複唸過的字句 □常以手指指著一字一字唸□部首左右顛倒 □相似的字常混淆 □看書時頭不斷晃動□偏頭看電視 □注意力不集中 □目位不正（鬥雞眼、斜視）□抄黑板速度慢或常漏抄 □閱讀時一直貼近書本 □常閉起一眼，以單眼看□反應字有複影或跳動 □逃避做近距離的工作 □畏光或對光線有特殊需求□對顏色辨識有困難 □對圖表辨識有困難 □同樣的字，隔一行或隔一頁就不認得了□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 申請日期：中華民國 年 月 日 |
| 法定代理人/實際照顧者簽名 |  | 特教組長 |  | 輔導主任 |  | 校長 |  |

※備註：1.本申請表核章後，向視障巡迴輔導服務學校申請視障教師評估。

 2.申請「鑑輔會鑑定安置」時，應送經視障教師評估後填寫之「**視障鑑定資料表**」。