

_____年度大專校院肢障學生學習輔具需求自我評估表

(上學期可於 9/30 前，下學期可於 3/15 前回傳) 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 <small>如:資源教室</small>		疾病診斷(必填) <small>舉例:腦性麻痺 小兒麻痺</small>	

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： (一) 身心障礙手冊肢體障礙： 1. 輕度 2. 中度 3. 重度 4. 極重度
 (二) 肢體障礙伴隨其他障礙： 1. 視覺障礙 2. 聽覺障礙
 3. 語言障礙 4. 智能障礙 5. 呼吸問題
 6. 其他 (請說明) _____

請簡述上述障礙造成學習上的之影響：_____

<p style="text-align: center;">目前使用的輔具</p> <p><input type="checkbox"/> 書寫輔具，名稱_____</p> <p><input type="checkbox"/> 電腦輔具，種類_____</p> <p><input type="checkbox"/> 行動輔具，種類_____</p> <p><input type="checkbox"/> 坐姿擺位輔具，種類_____</p> <p><input type="checkbox"/> 其他學習相關輔具_____</p> <p>使用上有無問題，如果有請簡述問題</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;">希望申請的輔具</p> <p><input type="checkbox"/> 書寫輔具</p> <p><input type="checkbox"/> 電腦輔具</p> <p><input type="checkbox"/> 行動輔具</p> <p><input type="checkbox"/> 坐姿擺位輔具</p> <p><input type="checkbox"/> 其他學習相關輔具_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="font-size: small;">註：電腦輔具不包括電腦本身，只含特殊輔助輸入、輸出介面</p>
---	--

同意書 同意接受專業評估。
 不同意做任何改變
 原因： 目前這樣就好了，不要再做任何改變 其他：

備註：回函請傳真 FAX: 04-22393953，傳真後請致電確認，

TEL: 04-22393855 ext 81155,81156 林映華、顏秀珍、施啟明。

網址： www.eduassistech.org

申請人簽名(必填): _____ 輔導老師簽名(必填): _____ 填寫時間: _____ 年 _____ 月 _____ 日