南投縣視覺困難學生轉介單

填表人姓名： 填寫日期： 年 月 日

職 稱：□特教業務承辦人 □特教教師 □其他

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、學生基本資料 | | | | | | | | | | | | | |
| 個案姓名： | | | | 就讀學校： | | | | | | 班級： | | 性別：□男 □女 | |
| 出生日期： 年 月 日 | | | | 家長姓名： | | | | | 聯絡電話（家用） （行動） | | | | |
| 安置班別 | | | □普通班 □集中式特教班 □不分類資源班 □不分類巡迴輔導 □在家教育  □其他 | | | | | | | | | | |
| 二、學生目前領有證明、診斷或配鏡情形 | | | | | | | | | | | | | |
| □身心障礙手冊 | | | | | 障礙類別： | | | | 多重註記： | | | 障礙等級： | |
| 鑑定日期： | | | | 核發日期： | | | 重鑑日期： | |
| □ 醫院診斷證明  （如超過一則可自行增加欄位） | | | | | 開立科別： | | | | 開立日期： | | | 開立醫師： | |
| 診斷內容： | | | | | | | | |
| 醫師囑言（雙眼矯正後視力值 左眼 右眼 ）： | | | | | | | | |
| □鑑輔會核定特教資格 | | | | | 特教類別[多障需加註類別]： | | | | | | | | |
| □未經鑑定，但疑似有視覺障礙 | | | | | | | | | | | | | |
| 是否配戴眼鏡？□是 □否 請說明： | | | | | | | | | | | | | |
| 三、學生視力困難情形 | | | | | | | | | | | | | |
| 能否正確辨認顏色？ □是 □否 特殊說明：能否正確辨認數字或形狀？ □是 □否 特殊說明：在座位上（第 排），能否看清楚板書？ □是 □否 特殊說明： | | | | | | | | | | | | | |
| 習慣閱讀課本的距離為何？眼睛離課本約 公分。  請學生再下列格子中寫出自己的名字。\*學生寫名字時眼睛到桌面之距離約 公分。 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | | | | |
| 主要轉介原因（請具體描述學生視覺困難之表現）： | | | | | | | | | | | | | |
| 家長(簽名) | |  | | | | | 承辦人(核章) 聯絡方式 | |  | | 單位主管  (核章) | |  |

※請核章後傳真特教中心(049)2567936，並來電告知（049-2562609）。