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）。