

# 年度大專校院肢障學生學習輔具需求自我評估表

高中職  大專

姓名		就讀學校	樹德科技大學	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 如:資源教室		疾病診斷(必填) 舉例:腦性麻痺 小兒麻痺		

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：\_\_\_\_\_

目前使用的輔具	希望申請的輔具
<input type="checkbox"/> 書寫輔具，名稱_____	<input type="checkbox"/> 書寫輔具_____
<input type="checkbox"/> 電腦輔具，種類_____	<input type="checkbox"/> 電腦輔具_____
<input type="checkbox"/> 行動輔具，種類_____	<input type="checkbox"/> 行動輔具_____
<input type="checkbox"/> 坐姿擺位輔具，種類_____	<input type="checkbox"/> 坐姿擺位輔具_____
<input type="checkbox"/> 其他學習相關輔具_____	<input type="checkbox"/> 其他學習相關輔具_____
使用上有無問題，如果有請簡述問題 _____	_____

註：電腦輔具不包括電腦本身，只含特殊輔助輸入、輸出介面

是否接受評估  同意接受專業評估。  
 無須做任何改變  
 原因： 目前這樣就好了，不要再做任何改變  其他：

備註 1：回函請傳真 FAX: 04-22393953，傳真後請致電確認，

TEL: 04-22393855 轉 81155 或 81156 施啟明、林映華、。

網址：[www.eduassistech.org](http://www.eduassistech.org)

備註 2：於開學前回傳可加速申請流程，開學一個月後回傳者，管理中心若無合適庫存輔具，須延至下個學期方能採購，

敬請見諒。

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