

臺北市 111 學年度高級中等學校視覺障礙學生鑑定實施計畫

111 年 9 月 26 日北市教特字第 1113016857 號函修正

壹、依據：臺北市 111 學年度高級中等學校身心障礙學生鑑定實施總計畫

貳、辦理單位

一、主辦單位：臺北市政府教育局(以下簡稱教育局)

二、承辦單位：臺北市立啟明學校 臺北市視障教育資源中心(以下簡稱視障資源中心)

參、申請對象

一、新個案：就讀臺北市公私立高級中等學校(以下簡稱學校)學生具備下列任一條件者。

(一)經縣市特殊教育學生鑑定及就學輔導會(以下簡稱鑑輔會)鑑定為疑似視覺障礙者。

(二)經校內特殊教育推行委員會(以下簡稱特推會)評估有特殊教育需求者。

二、舊個案：國民中學或高級中等學校教育階段經縣市鑑輔會鑑定為視覺障礙者。

備註：學生入學後申請非學校型態實驗教育，屬學校合作者，學校仍應持續評估學生特殊教育需求並協助申請鑑定；屬個人自學或機構團體者(即未有學校學籍者)，請於每學期開學前通知本局並副知本市北區資源中心，後續將由專人協助鑑定事宜。

肆、鑑定申請時間、方式與檢附資料

一、申請時間及方式：由申請學校於第一學期 111 年 10 月、第二學期 112 年 4 月間備齊第肆條第二項所列資料，上傳至臺北市特殊教育鑑定安置系統(以下簡稱鑑定安置系統)並填寫鑑定摘要表。

二、檢附資料：

(一)學校至鑑定安置系統列印清冊(總計畫附件二)，經相關處室核章後限期內寄至北區資源中心。

(二)學校應檢附之學生資料，請依鑑定資料檢核表(附件一)順序上傳至鑑定安置系統「本次評估表單-附件檔案」。

1. 鑑定同意書(總計畫附件一)。

2. 縣市鑑輔會鑑定證明(新個案免附)。

3. 身心障礙證明(依其身分檢附)。

4. 個別化教育計畫(以下簡稱 IEP)或觀察輔導紀錄。

5. 衛生福利部認定之醫學中心、區域醫院或地區醫院核發之視覺相關診斷證明書(半年以內)。

6. 功能性視覺評估表(附件三)。

7. 疑似身心障礙學生教育介入計畫(疑似身心障礙學生必附)(總計畫附件八)。

8. 特推會會議紀錄(經評估有特殊教育需求者)(新個案必附)。

9. 其他相關資料(無則免附)。

伍、鑑定會議時間及地點：第一學期為 111 年 11 月；第二學期為 112 年 4 月至 6 月於視障資源中心召開(確切時間與召開方式另行通知)。

陸、鑑定工作流程

工作項目	時間	參與人員
------	----	------

	第一學期	第二學期	
申請學校至鑑定安置系統提報申請 鑑定學生名單	10 月	4 月	特教組長 (特教業務承辦人)
召開鑑定會議	11 月	4 月至 6 月	鑑輔小組、學生、家長 及個案管理或輔導教師
統整鑑定結果報局	12 月	6 月	北區資源中心
教育局核發鑑定證明並函知學校			教育局
各校發送學生個別鑑定結果及鑑定 證明			學校
完成通報接收	1 月	6 月	特教組長 (特教業務承辦人)
申復	於收受或知悉鑑定結果之次日起 20 日內向教育局提出申請		教育局、鑑輔小組、學 生、家長及個案管理或 輔導教師
申訴	於收受或知悉申復結果之次日起 20 日內向教育局提出申請		教育局、鑑輔小組、學 生、家長及個案管理或 輔導教師

柒、鑑定結果公布：本市鑑輔會之視覺障礙鑑輔小組(以下簡稱鑑輔小組)審議結果核定後，由教育局行文通知學校，請學校將鑑定結果通知單(總計畫附件五、附件六、附件七)轉發學生家長。

捌、申復：

- 一、父母或監護人接到鑑定及安置結果通知後，對鑑定結果有疑義者，可與北區資源中心聯繫（電話：28749117 分機 1600、1605）。
- 二、欲提申復之父母或監護人於收受或知悉結果之次日起 20 日內檢附申復書(郵戳為憑，總計畫附件九)，並備妥相關佐證資料，以書面限時掛號郵件寄至教育局特殊教育科提出申復。郵寄地址：11008 臺北市信義區市府路 1 號(臺北市府教育局特殊教育科)，逾期不予受理。
- 三、教育局審查申復書符合規定後，於受理次日起 30 日內召開申復會議，並將申復結果通知申復人及副知學校；如申復書不合規定，通知申復人於收受通知之次日起 7 日內完成補件。
- 四、父母或監護人請務必出席申復會議，未克出席者須出具「臺北市 111 學年度高級中等學校身心障礙學生鑑定會議出席委託書(總計畫附件四)」委任受委託人出席，必要時父母或監護人得邀請相關專業人員列席。

玖、申訴：

- 一、父母或監護人接到申復結果通知後，對申復結果有疑義者，於收受或知悉申復結果之次日起 20 日內填具申訴書，並備妥相關佐證資料，以書面限時掛號郵件寄至教育局特殊教育科。
- 二、教育局經審查申訴書符合規定後，於受理次日起 30 日內召開申訴評議會議，並將申訴結果通知申訴人及副知學校；如申訴書不合規定，以書面通知申訴人於收受通知之次日起 7

日內完成補件。

壹拾、 注意事項：新個案或有疑義之個案須出席現場報告，學生之個案管理或輔導教師須出席「高級中等學校視覺障礙學生鑑定會議」（以下簡稱鑑定會議），父母或監護人及學生得出席鑑定會議，倘父母或監護人不克出席鑑定會議，可委託受託人出席（總計畫附件四，委託書請受託人於鑑定會議現場繳交）。

壹拾壹、 經費：由教育局相關經費項下支應。

壹拾貳、 其他未盡事宜，依本市鑑輔會鑑輔小組決議辦理。

臺北市 111 學年度高級中等學校視覺障礙學生 鑑定資料檢核表

(註：僅供學校自行檢核使用無需繳交)

資料名稱		說明	送件學校 檢核 (✓)
1	檔案：鑑定同意書（總計畫附件一）	由家長填寫並簽章。	
2	檔案：縣市鑑輔會鑑定證明 （新個案免附）	無則免附。	
3	檔案：身心障礙證明 （依其身分檢附）		
4	檔案：IEP 或觀察輔導紀錄	由申請學校教師提供。	
5	檔案：視覺相關診斷證明書 （半年以內）	1. 由衛生福利部認定之醫學中心、區域醫院或地區醫院核發並載明視障成因、視力值、視野、色盲等視覺問題。 2. 全盲者亦須提供診斷證明，但不受期限限制。	
6	檔案：疑似身心障礙學生教育介入計畫 （總計畫附件八）	疑似身心障礙學生必附。	
7	檔案：特推會會議紀錄 （經評估有特殊教育需求者）	新個案必附。	
8	檔案：其他相關資料	無則免附。	
9	系統表單：功能性視覺評估表	由視障教育或巡輔教師評估後，申請學校教師上臺北市特殊教育鑑定安置系統填寫。	

備註：

1. 新個案請務必備妥相關資料提特推會評估。
2. 第 1-8 項資料紙本掃描後，請務必依照本檢核表編號順序依序上傳電子檔。
電子檔檔名參考格式：(資料順序)-障別-學校-姓名-資料名稱
(範例：(02)-視-北區高中-陳○○-鑑定證明)
3. 第 9 項資料，請務必至鑑定安置系統新增測驗表單並登錄測驗結果。

臺北市 111 學年度高級中等學校視覺障礙學生鑑定摘要表
(請至鑑定安置系統填寫)

基本資料			
學生資訊			
學生姓名		身分證統一編號	
出生日期		性別	
就讀學校		就讀年級	
教育階段		實足年齡	
就讀科別		入學管道	
目前安置班級		目前安置班級 其他項目	
提報資訊			
提報梯次		提報日期	
提報學校		提報老師	
提報類組		提報身分	
持有鑑定證明		系統編號	
連絡人			
家長姓名		連絡電話	
行動電話		關係	
父國籍		母國籍	
地址			
戶籍地址			
通訊地址			
新制身心障礙證明			
證明狀態	○有證明 ○無證明		
障礙程度			
鑑定日期		重新鑑定日期	
障礙類別			
ICF 代碼		ICD 代碼	
健保署核發之重大傷病證明			
重大傷病證明	○有 ○無 相關證明		
字號		發卡/證明日期	

有效期限			
初階研判			
前次鑑定證明			
鑑定結果		障礙類型	
考場服務			
醫療資料			
近 2 年資料	○有 ○無 醫療診斷書		
學生現況能力分析			
認知能力			
溝通能力			
學習能力			
領域學科學習			
感官及知覺動作			
生活自理能力			
社會及情緒能力			
定向與行動能力			
其他			
教學輔導及介入成效			
教學及評量協助			
行政協助及其他			
在校輔導策略、 方式及成效			
輔具使用情形			
在校專業團隊服 務建議			

初階研判結果	
綜合分析	
初階研判障礙類別	
障礙補充說明	

臺北市 111 學年度高級中等學校視覺障礙學生鑑定

功能性視覺評估表

就讀學校：_____ 年級：_____

學生姓名：_____

測驗日期：_____年_____月_____日

施測者：_____

【本表由視障教育或巡輔教師評估後，申請學校教師上臺北市特殊教育鑑定安置系統填寫】

一、視障成因及視覺表現		
1	視障成因(請填寫眼科診斷證明書上載明之診斷病名及醫囑)	診斷病名：_____ 醫囑：_____ 開立醫院：_____ 開立日期：_____
2	視覺表現(可複選)	☐ 屈光異常(☐ 近視、 ☐ 遠視、 ☐ 散光) ☐ 視野缺損 ☐ 色覺異常(☐ 色弱、 ☐ 色盲) ☐ 眼球震顫 ☐ 複視 ☐ 斜視 ☐ 夜盲 ☐ 其他：_____
3	配鏡情形	☐ 無配鏡 ☐ 有配鏡 ☐ 近視：右眼_____度、左眼_____度 ☐ 遠視：右眼_____度、左眼_____度 ☐ 散光：右眼_____度、左眼_____度
4	其他補充說明(如醫療史、用藥情形等)	
二、功能性視覺評估項目及內容		
項目編號	評估項目	施測(觀察)記錄
1	視覺敏銳度	近距離，雙眼：_____ (右眼：_____ 左眼：_____) 遠距離，雙眼：_____ (右眼：_____ 左眼：_____) 右眼(☐ 指數 ☐ 手動)：_____cm ☐ 光感 說明：_____ 左眼(☐ 指數 ☐ 手動)：_____cm ☐ 光感 說明：_____
2	追視能力	右眼，說明：_____ 左眼，說明：_____
3	跳視能力	右眼，說明：_____ 左眼，說明：_____
4	對比敏感度	☐ LEA CHART，對比敏感值：_____ 說明：_____

		☐ Mars Percetprix，對比敏感值：_____
		說明：_____
		☐ 其他：_____
5	色覺	☐ D-15：(☐ 通過 ☐ 不通過)，說明：_____
		☐ 色盲檢測本：(☐ 通過 ☐ 不通過)，說明：_____
		☐ 其他：(☐ 通過 ☐ 不通過)，說明：_____
6	中心視野	☐ 阿姆斯勒網格 右眼： ☐ 可注視中心黑點 ☐ 可見四個角落端點 ☐ 線條無扭曲歪斜 ☐ 其他，說明：_____
		左眼： ☐ 可注視中心黑點 ☐ 可見四個角落端點 ☐ 線條無扭曲歪斜 ☐ 其他，說明：_____
		☐ 其他：_____
7	周邊視野	☐ 手動視野儀 雙眼： 上___下___左___右___左上___左下___右上___右下___ 右眼： 上___下___左___右___左上___左下___右上___右下___ 左眼： 上___下___左___右___左上___左下___右上___右下___
		☐ 其他：_____
8	遠距離 文字辨識與書寫評估	
9	近距離 文字辨識與書寫評估	
10	遠距離 文字掃描與搜尋評估	
11	近距離 文字掃描與搜尋評估	
12	視知覺	☐ 視資中心題本 複雜背景： ☐ 通過 ☐ 不通過 空間知覺： ☐ 通過 ☐ 不通過 物體恆常： ☐ 通過 ☐ 不通過 視覺工作記憶： ☐ 通過 ☐ 不通過
		☐ 其他：_____

13	手眼協調	
14	腳眼協調	
15	是否畏光	
16	瞳孔反應	☐ 有 ☐ 無 說明：_____
三、評估結果簡述		(請註明如座位安排、板書抄寫、作業調整等)
四、相關輔具建議事項		(請註明如盲生使用之點字機、列表機等；或弱視學生使用之擴視機、光學輔具如濾光鏡、放大鏡、望遠鏡等；或個案已自行購置之輔具亦請註明；或視障教材如大字書、點字書、有聲書及教材電子檔等)
五、特教需求建議事項		1. 特殊考場： ☐ 有特殊考場需求 ☐ 語音報讀 ☐ 電腦作答 ☐ 延長考試時間 ☐ 少數人考場 ☐ 代謄至答案卡 ☐ 教室位置 ☐ 座位安排 ☐ 提早 5 分鐘入場 ☐ 放大或重製 ☐ 點字試卷 ☐ 安排在一樓或設有電梯之試場應試 ☐ 情緒行為障礙者視情況安排特殊試場 ☐ 喚醒服務 ☐ 安排接近音源的座位 ☐ 免考英聽（限聽覺障礙考生申請） ☐ 其他需求：_____ 2. 相關專業團隊服務： ☐ 有相關專業團隊服務需求 ☐ 物理治療 ☐ 職能治療 ☐ 語言治療 ☐ 聽能管理 ☐ 社工服務 ☐ 定向行動 ☐ 心理服務 ☐ 其他需求：_____ ☐ 曾接受過專團服務治療師建議(最新一次)：_____ 3. 酌減班級人數： ☐ 有酌減班級人數需求，減少人數：____人 4. 教師助理員： ☐ 有教師助理員需求(時數須向教育局申請) 5. 教育輔具： ☐ 有教育輔具需求，申請內容：_____ 6. 無障礙設施： ☐ 有無障礙設施需求 ☐ 桌椅 ☐ 樓梯扶手 ☐ 斜坡道 ☐ 電梯 ☐ 廁所 ☐ 其他需求：_____