

臺北市 111 學年度高級中等學校肢體障礙、腦性麻痺暨身體病弱學生 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：臺北市立第一女子高級中學(以下簡稱北一女中)

三、協辦單位：臺北市立臺北特殊教育學校 臺北市北區特教資源中心(以下簡稱北區資源中心)

參、申請對象：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、肢體障礙或腦性麻痺：

具衛生福利部認定之醫學中心或新制教學醫院當年度醫師類教學醫院評鑑合格之醫療診斷證明，或國民中學、高級中等教育階段經縣市特殊教育學生鑑定及就學輔導會(以下簡稱鑑輔會)鑑定為肢體障礙或腦性麻痺者。

二、身體病弱：須兼具下列二者

(一) 依據「身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法」第 8 條規定，罹患疾病、體能衰弱，需要長期療養，且影響學習活動。

(二) 持有衛生福利部中央健康保險署(以下簡稱健保署)核發之重大傷病證明或衛生福利部認定之醫學中心或新制教學醫院當年度醫師類教學醫院評鑑合格之醫療診斷證明者。

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、肢體障礙或腦性麻痺檢附資料：

(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。

4. 收件截止日前 6 個月以內肢體障礙或腦性麻痺之醫療診斷證明書(新個案必附)。

【健保署核發之重大傷病證明或衛生福利部認定之醫學中心或新制教學醫院當年度

醫師類教學醫院評鑑合格【6個月】內之醫療診斷證明】

5. 相關專業服務報告單(附件三)(無則免附)。
6. 個別化教育計畫(以下簡稱 IEP)(新個案免附)。
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. 學生肢體照片或行走移動影片(缺肢或缺指學生必附)。
10. 其他相關資料(無則免附)。

三、身體病弱檢附資料：

- (一)學校至鑑定安置系統列印提報清冊(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. 重大傷病證明(無則免附)。
 3. 身心障礙證明。
 4. 收件截止日前 6 個月以內之醫療診斷證明書(附件七)。【健保署核發之重大傷病證明或衛生福利部認定之醫學中心或新制教學醫院當年度醫師類教學醫院評鑑合格【6個月】內之醫療診斷證明】。
 5. 最近 1 年內病歷摘要。
 6. 高級中等教育階段就學期間之出缺勤紀錄表(出席節數/應出席節數比例)(附件八)。
 7. 高級中等教育階段期間之學期成績、段考或模擬考成績相關資料。
 8. IEP(新個案免附)。
 9. 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)。
 10. 特推會會議紀錄(經評估有特殊教育需求者)(新個案必附)。
 11. 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 月於臺北市立第一女子高級中學召開（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

工作項目	時間		參與人員
	第一學期	第二學期	
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：本市鑑輔會之肢體障礙、腦性麻痺暨身體病弱鑑輔小組(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「高級中等學校肢體障礙、腦性麻痺暨身體病弱學生鑑定會議」(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肢體障礙及腦性麻痺學生

鑑定資料檢核表

(註：僅供學校自行檢核使用無需繳交)

檢核項目 (確認之後請打勾)		申請對象			送件 學校 檢核 (✓)
		新個案		舊個案	
		疑似身心障礙 學生或經特推 會評估有特殊 教育需求者	僅持有效期 限內之身心 障礙證明	國中、高級 中等學校已 取得鑑定證 明者	
1	檔案：鑑定同意書(總計畫附件一)	✓	✓	✓	
2	檔案：縣市鑑輔會鑑定證明	免附	免附	✓	
3	檔案：身心障礙證明	無則免附	✓	✓	
4	檔案：收件截止日前 6 個月以內醫療診斷證明書(需新制教學醫院當年度醫師類教學醫院評鑑合格)	✓	✓	免附	
5	檔案：相關專業服務報告單(附件三)或附上通報網內服務紀錄	無則免附	無則免附	無則免附	
6	檔案：個別化教育計畫	無則免附	無則免附	✓	
7	檔案：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)	✓	免附	免附	
8	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)	✓	✓	免附	
9	檔案：學生肢體照片或行走移動影片 (缺肢或缺指學生必附)	✓	✓	✓	
10	檔案：其他相關資料	無則免附	無則免附	無則免附	
11	系統表單：日常生活功能評估表	✓	✓	✓	
12	系統表單：障礙部位及教育輔具使用情形	✓	✓	✓	

備註：

1. 新個案請務必備妥相關資料提特推會評估。
2. 第 1-10 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)-肢/腦-北區高中-陳○○-鑑定證明)
3. 第 11-12 項資料，請務必至鑑定安置系統新增測驗表單並登錄相關資料。
4. 日常生活功能評估表應由專業人員或個管老師透過觀察、晤談、施測等方式評估後填寫，勿僅由家長填寫。

臺北市 111 學年度高級中等學校肢體障礙、腦性麻痺學生鑑定摘要表
(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			

本次評估表單			
障礙部位及教育輔具使用情形			
障礙部位 (可複選)	☐ 無 ☐ 上肢： ☐ 左手 ☐ 右手 ☐ 下肢： ☐ 左腳 ☐ 右腳 ☐ 軀幹 ☐ 頭頸 ☐ 其他：_____		
教育輔具使用情形	☐ 無需求 ☐ 有需求		
	移位輔具	☐ 直立站立架 ☐ 俯臥站立架 ☐ 仰躺站立架 ☐ 特製課桌椅 ☐ 擺位椅 ☐ 引導式板凳 ☐ 側臥板 ☐ 可調式桌子 ☐ 楔型墊 ☐ 副木	
	移行輔具	☐ 特製輪椅 ☐ 輕便型輪椅 ☐ 電動輪椅 ☐ 步行訓練器 ☐ 前進助行器 ☐ 後拉助行器 ☐ 特製助行器 ☐ 圓形助行器 ☐ 箭行助行器 ☐ 電動搬運架 ☐ 保護頭盔	
	新增輔具需求		
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 (新個案必填；舊個案如第 1 學期期末修訂之 IEP 內容能詳實佐證以下能力，則可勾選詳見 IEP)			
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			
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肢體障礙及腦性麻痺學生鑑定
相關專業服務報告單（參考格式）

學生姓名：		學校：		班級：	
☐ 物理治療 ☐ 職能治療 ☐ 語言治療 ☐ 心理治療 ☐ 其他					
填報者(治療師)：			填報日期：		
接受專業服務地點： ☐ 校內 ☐ 醫療單位或機構名稱：					
接受專業服務期間： 年 月 日至 年 月 日					
主 要 問 題					
評 估 或 介 入 結 果					
建 議					

臺北市 111 學年度高級中等學校肢體障礙及腦性麻痺學生鑑定

日常生活功能評估表

*本表應由專業人員或個管老師透過觀察、晤談、施測等方式評估後填寫，勿僅由家長填寫，並至鑑定安置系統登錄。

學校：

班級：

學生姓名：

性別：

填寫人(個案管理者)：

評估日期：____年____月____日

請在適當的欄位內 " 打勾 " 及填寫

項目		自主程度		完全不能	需他人協助	可獨自完成 (*如皆勾選可獨自完成，需附特殊教育需求補充說明資料，如文字、照片)	補充說明(如：使用輔具為何、操作時間、個別差異情形、與普通生的差異…等)
手 功 能	1	右手抓握					
	2	左手抓握					
	3	單手提物					
	4	雙手提物					
	5	單手取物					
	6	雙手取物					
	7	右手靈巧					
	8	左手靈巧					
	9	雙手協調					
	10	寫字					
移 位	1	床上翻身					
	2	起床					
	3	坐					
	4	下床					
	5	跪					
	6	蹲					
	7	站立					
	8	走路					
	9	上下樓梯					
	10	上下汽車					
	11	腳踏車					
	12	穿越馬路					
	13	攜物走路					
	14	跑步					
	15	上下斜坡					
飲 食	1	使用筷子					
	2	使用湯匙					
	3	拿碗					
	4	拿杯					

自主程度 項目			完全不能	需他人協助	可獨自完成 (*如皆勾選可獨自完成，需附特殊教育需求補充說明資料，如文字、照片)	補充說明（如：使用輔具為何、操作時間、個別差異情形、與普通生的差異…等）
	5	倒開水				
	6	盛飯				
漱洗	1	洗臉				
	2	刷牙				
	3	洗手				
	4	擰乾毛巾				
	5	梳頭				
	6	洗頭				
	7	洗澡				
	8	大便處理				
	9	小便處理				
穿著處理	1	穿脫外套				
	2	穿脫套衫				
	3	穿脫褲 (裙)				
	4	穿脫襪子				
	5	穿脫鞋子				
	6	穿脫內衣				
	7	扣鈕扣				
	8	拉拉鍊				
	9	綁鞋帶				
	10	穿脫鐵鞋				
其他 手 功 能 活 動	1	開、關、開關				
	2	轉門鈕				
	3	開鎖				
	4	開抽屜				
	5	開水龍頭				
	6	開關窗戶				
	7	打開瓶蓋（汽水）				
	8	打開瓶罐（果醬）				
	9	使用開罐器				
	10	拿刀切物				
	11	使用剪刀				
	12	使用指甲刀				

臺北市 111 學年高級中等學校身體病弱學生

鑑定資料檢核表

(註：僅供學校自行檢核使用無需繳交)

	檢核項目 (確認之後請打勾)	檢核
1	檔案:鑑定同意書(總計畫附件一)	
2	檔案:重大傷病證明(無則免附)	
3	檔案:身心障礙證明	
4	檔案:收件截止日前 6 個月以內醫療診斷證明書(附件七) (需新制教學醫院當年度醫師類教學醫院評鑑合格)	
5	檔案:最近一年內的病歷摘要	
6	檔案:高級中等教育階段就學期間之出缺勤紀錄表 (核章掃描)(附件八)	
7	檔案:高級中等教育階段期間之學期成績、段考或模擬考成績相關資料	
8	檔案:個別化教育計畫(新個案免附)	
9	檔案:疑似身心障礙學生教育介入計畫 (疑似身心障礙生必附)(總計畫附件八)	
10	檔案:特推會會議記錄 (經評估有特殊教育需求者)(新個案必附)	
11	檔案:其他相關資料	
12	系統表單:傷病情形表	
13	系統表單:學習狀況表	

備註：

1. 新個案請務必備妥相關資料提特推會評估。
2. 第 1-11 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)-病-北區高中-陳○○-鑑定證明)
3. 第 12-13 項資料，請務必至鑑定安置系統新增測驗表單並登錄相關資料。

臺北市 111 學年度高級中等學校身體病弱學生鑑定摘要表
(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			

本次評估表單			
傷病情形表			
傷病狀況 (家長填寫)	病名		
	診斷時間 (年/月)		
	傷病情形		
	醫療狀況	收件截止日前一年內曾就診的醫院：	
		就醫頻率(次/年或次/月)：	
生活適應狀況			
學習狀況表			
學習狀況 (教師觀察填寫)	因傷病或治療對上課 (缺席)之影響		
	在校期間參與學習活動 所受之影響		
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 (新個案必填；舊個案之欄位如第 1 學期期末修訂之 IEP 內容能詳實佐證以下能力，則可勾選詳見 IEP)			
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			
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身體病弱學生 醫療診斷證明書

「請持本表至衛生福利部認定之醫學中心或新制教學醫院評鑑合格/優等醫院，請參考 <http://www.mohw.gov.tw> 衛生福利部→本部各單位及所屬機關→醫事司→醫療品質及醫院評鑑→醫院評鑑及教學醫院評鑑相關業務→醫院評鑑暨教學醫院評鑑合格名單→當年度醫院評鑑評定合格名單，開立與學生疾病相關科別之證明。」

姓名		性別	☐ 男 ☐ 女
地址	□□□□□ _____市_____區_____路街_____巷_____弄_____號 _____樓之_____	電話	() _____
應診醫院	(若有多家醫院就醫，請分別向各醫院申請)		
應診科別		開立日期	_____年____月____日

(以下請醫師詳實填寫)

重大傷病名及有效期限	是否具備重大傷病資格 ☐ 是 ☐ 永久 或 ☐ 至_____年____月____日 ☐ 否
相關疾病	1. _____ / _____ 2. _____ / _____
請檢附病歷摘要 (內容必含病情、就醫紀錄、處方用藥)	
主治醫師簽名	
以上經本院醫師診斷屬實，特予證明 院長：	
中華民國_____年_____月_____日 (需加蓋醫院關防及院長章，方具效力)	

注意事項：未使用本診斷證明書者，得使用醫院出具之診斷證明，惟醫院之診斷證明內容應包含本診斷證明書之內容要項。

臺北市 111 學年度高級中等學校學生出缺勤紀錄表

學校：

學生：

		遲到	曠課	病假	事假	喪假	公假	出席節數/ 應出席節數 (務必填寫)
學年	第 1 學期							
	第 2 學期							
學年	第 1 學期							
	第 2 學期							
學年	第 1 學期							
	第 2 學期							
學年	第 1 學期							
	第 2 學期							
學年	第 1 學期							
	第 2 學期							
總計								

學務處核(戳)章：