

學校：\_\_\_\_\_

編碼：\_\_\_\_\_

## 大專校院及高中職語言障礙學生學習輔具自我需求評量表

填表人：\_\_\_\_\_

填表日期：\_\_\_\_\_

### 一、學生基本資料

1. 姓名：\_\_\_\_\_
2. 性別：1. 男      2. 女
3. 出生年月日：民\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
4. 身份證字號：\_\_\_\_\_
5. 殘障手冊號碼：\_\_\_\_\_
6. 電話：\_\_\_\_\_ e-mail：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_
7. 住址：\_\_\_\_\_
8. 就讀學校：\_\_\_\_\_校、\_\_\_\_\_科(系)、\_\_\_\_\_年級  
學校聯絡人姓名\_\_\_\_\_ 聯絡人電話：\_\_\_\_\_
9. 障礙類別與程度(可複選)  
 1. 視覺障礙：輕度中度重度全盲  
說明(先天/後天/發生時間等)：\_\_\_\_\_
2. 聽覺障礙：輕度      中度      重度      極重度  
說明(先天/後天/發生時間等)：\_\_\_\_\_
3. 肢體障礙：輕微      嚴重  
說明(先天/後天/發生時間等)：\_\_\_\_\_
4. 其它 說明：\_\_\_\_\_
10. 目前主要溝通方式(請依使用頻率填選；最常使用者請填 1，次常使用者填 2，以此類推)  
口語      肢體語言或手勢      手語      筆談      其它(請說明)\_\_\_\_\_

### 二、溝通與學習能力自我評量(請逐項勾選適合的答案)

- |            |                                  |                                  |                                  |                                  |
|------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. 聽辨與聽理解  | <input type="checkbox"/> 1. 沒有困難 | <input type="checkbox"/> 2. 輕微困難 | <input type="checkbox"/> 3. 中度困難 | <input type="checkbox"/> 4. 嚴重困難 |
| 2. 說話清晰與流暢 | <input type="checkbox"/> 1. 沒有困難 | <input type="checkbox"/> 2. 輕微困難 | <input type="checkbox"/> 3. 中度困難 | <input type="checkbox"/> 4. 嚴重困難 |
| 3. 閱讀文字與理解 | <input type="checkbox"/> 1. 沒有困難 | <input type="checkbox"/> 2. 輕微困難 | <input type="checkbox"/> 3. 中度困難 | <input type="checkbox"/> 4. 嚴重困難 |
| 4. 書寫清晰與流暢 | <input type="checkbox"/> 1. 沒有困難 | <input type="checkbox"/> 2. 輕微困難 | <input type="checkbox"/> 3. 中度困難 | <input type="checkbox"/> 4. 嚴重困難 |
| 5. 電腦操作能力  | <input type="checkbox"/> 1. 沒有困難 | <input type="checkbox"/> 2. 輕微困難 | <input type="checkbox"/> 3. 中度困難 | <input type="checkbox"/> 4. 嚴重困難 |
| 6. 肢體語言    | <input type="checkbox"/> 1. 沒有困難 | <input type="checkbox"/> 2. 輕微困難 | <input type="checkbox"/> 3. 中度困難 | <input type="checkbox"/> 4. 嚴重困難 |

綜合說明：\_\_\_\_\_

### 三、輔具使用現況(請逐項列出名稱並依使用情形勾選合適答案)

#### 1. 以往或目前使用之學習及溝通輔具(如與聽說讀寫及電腦操作有關者)

A、輔具名稱\_\_\_\_\_ 使用頻率(高、中等、低) 滿意度(高、中等、低)

B、輔具名稱\_\_\_\_\_ 使用頻率(高、中等、低) 滿意度(高、中等、低)

C、輔具名稱\_\_\_\_\_ 使用頻率(高、中等、低) 滿意度(高、中等、低)

D、其它：

綜合說明：

### 四、輔具功能需求

您希望使用輔具的主要目的為(可複選；請在所需要的項目前打勾 V)

1. 課業與學習需求 A 作業與報告 B 課堂討論 C 記事與寫作 D 計算

2. 人際互動 A 與師長親友互動 B 與同儕互動 C 與陌生人互動

3. 日常生活 A 購物消費(餐廳商店等) B 辦事洽公(學校行政單位、銀行、醫院等)  
C 問路交通

4. 緊急事件 A 請求協助與他人注意 B 打電話 C. 求救

5. 其它\_\_\_\_\_

綜合說明(請列出最重要的需求)：

### 五、生涯規劃

1. 升學目標：

2. 就業目標：

說明：

### 六、操作與擺位需求(可複選；請在所需要的項目前打勾 V)

1. 輸入模式 1. 可直接用肢體選取 2. 掃瞄 3. 其它\_\_\_\_\_

2. 輸出模式 1. 文字輸出 2. 聲音輸出(大聲/小聲) 3. 其它\_\_\_\_\_

3. 輔具需使用的姿勢包括：1. 坐 2. 站 3. 躺 4. 其它\_\_\_\_\_

說明：

七、其它評估需求(可複選；請在所需要的項目前打勾 V)

1. 聽力評估    2. 視力評估    3. 操作技巧評估    4. 行動擺位評估    5. 其它

八、家長或親友建議(請家長或親友如導師、任課老師、朋友同學等提供建議)：

九、師長建議(請學校老師填寫並簽名)

十、希望完成評估日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月前

(請說明您希望完成評估的日期，以利後續安排；如有急需請說明)