# 教育機構標誌與資訊

醫療聲明或健康評估聲明

兒童姓名：兒童出生日期：

繳交回：需要日期：傳真號碼

要決定該兒童是否符合特殊教育資格，奧勒岡法律要求某些身心障礙兒童須提供醫療聲明或健康評估。急需該資訊才能決定適合該兒童的服務並遵守特殊教育評估的聯邦進度。請依序回答勾選下列問題並在下方簽名。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.**  | 兒童是否有視力問題？ | 是 | 否 |
| 若回答是，請勾選下列符合選項：  兒童視力較好的一眼矯正後剩餘視力在0.3 以下。兒童視力較好的一眼視野局限在20 度以內。  兒童有一眼病變或進行性眼疾，可能會降低剩餘視力或視野，低於上列其中一項條件。  評估結果無法判定與兒童無能力使用剩餘視力。 | | |
| 補充說明視力問題情況。 | | |
| **2.**  | 兒童是否有聽力問題？ | 是 | 否 |
| 若回答是，請勾選以下選項： 兒童有感覺神經性聽力喪失。  兒童有傳導性聽力喪失： 可治療 不可治療。  使用助聽器： 適當 不適當。 | | |
| 補充說明聽力問題情況。 | | |
| **3.**  | 兒童是否有聲音異常？ | 是 | 否 |
| 若回答是，須補充說明聲音異常情況。 | | |
| **4.**  | 兒童是否有相關醫療問題導致說話/語言問題？ | 是 | 否 |
| 若回答是，須描述導致說話或語言問題的醫療問題。 | | |
| **5.**  | 兒童是否有可能會持續超過60 天的障礙？  （請勾選適當選項）：   * 自閉症系列障礙 是 否 * 身體病弱 是 否 * 肢體障礙 是 否 * 協調障礙 是 否 * 外力造成的腦部外傷 是 否 | | |
| 若回答是，須提供上述指明障礙的診斷或描述。 | | |
| **6.**  | 兒童是否曾診斷出其他身體、內科、感覺或心理健康疾病，可能會影響兒童的學習表現？ | 是 | 否 |
| 若回答是，須提供診斷與診斷描述。 | | |

醫療/健康專業人員簽名與職稱：日期：醫療/健康專業人員姓名正楷與職稱：581-5149o-P (Rev. 3/14)表格