

# 109 學年度臺中市高級中等學校視覺障礙新生學習適應轉銜輔導座談會 實施計畫

壹、依據：109 年臺中市視覺障礙教育服務計畫工作計畫辦理。

貳、目的：

- 一、輔導本市高級中等學校視障新生適應環境及生涯暨學習的規劃。
- 二、提供本市國中及高中職特教教師、視障學生家長生涯轉銜輔導知能。
- 三、辦理已安置本市高級中等學校視障新生功能性視覺、學習媒介及學習輔具建議等教育學習需求轉銜評估。

參、辦理單位：

- 一、主辦單位：臺中市政府教育局
- 二、承辦單位：臺中市立啟明學校

肆、參加人員：預計錄取 40 名，並依下列次序優先錄取。

- 一、臺中市國三畢業已安置本市公私立高中職視障新生及其家長。
- 二、臺中市視障巡迴輔導教師。
- 三、臺中市國中及高中職資源班教師。
- 四、臺中市四所特殊教育學校教師。
- 五、其他相關服務人員。

伍、日期、地點及程序內容：

- 一、日期：109 年 7 月 11 日（星期六），下午 1 時至 5 時 30 分。
- 二、地點：臺中市立啟明學校惜福樓 2 樓文康中心  
(校址：臺中市后里區廣福里三豐路三段 936 號)

三、座談會程序表：請參見附件一。

陸、報名方式及注意事項說明：

- 一、請於 109 年 6 月 30 日（星期二）前至「[全國特殊教育資訊網](http://special.moe.gov.tw/index.php)」（網址：<http://special.moe.gov.tw/index.php>）內「研習報名」逕行報名。
- 二、本次研習名額有限，為免影響他人權益，報名後請務必出席，符合資格者依報名順序審核通過。
- 三、報名截止日後，請逕行連結報名網站，查詢報名審查錄取名單。  
研習活動聯絡人：陳亮瑄老師 TEL:04-25578804、FAX：04-25568714  
電子信箱：lianghsuan@cmsb.tc.edu.tw。

- 四、為能順利完成功能性視覺、學習媒介及學習輔具建議等教育需求轉銜評估，報名參加活動的視障新生，請務必填寫附件二「臺中市高級中等學校視覺障礙新生教育需求評估基本資料調查表」，請報名的同時將表單完成並回傳電子信箱：lianghsuan@cmsb.tc.edu.tw，陳亮瑄老師。
- 五、依據「臺中市各級學校因應嚴重特殊傳染性肺炎防疫工作指引」防護措施，參加研習者於本校警衛室應接受量測體溫、詢問旅遊史、酒精乾洗手，參加活動者請全程戴口罩(自備)等，並婉拒有傳染風險者進入會場。
- 六、配合防疫措施，請報名的同時將附件三「臺中市立啟明學校防疫期間活動健康聲明書」完成並回傳電子信箱：lianghsuan@cmsb.tc.edu.tw，陳亮瑄老師。
- 七、全程參加研習人員者核發 4 小時研習證明，未全程參與者恕不核給研習時數。
- 八、為響應環保政策，參加人員請自備文具、環保水杯及餐具。
- 柒、參加活動人員請各服務學校(單位)惠予公(差)登記，其差旅費由各校(單位)自行負擔。
- 捌、研習經費：本次研習所需費用由 109 年臺中市視覺障礙教育服務計畫經費項下支應。
- 玖、本實施計畫陳臺中市教育局核備後實施，修正時亦同。

## 109 學年度臺中市高級中等學校視覺障礙新生學習適應轉銜輔導座談會 程序表

109 年 7 月 11 日 (星期六)			
時間	課 程	主持人/主講人	備註
13:00 ~ 13:30	報 到 輔具公司展示介紹		臺中市立啟明學校 文康中心
13:30 ~ 13:50	開幕式	臺中市立啟明學校 廖連喜校長	
13:50 ~ 14:40	專題演講(一) 臺中市視覺障礙教育服務計畫介紹	臺中市視覺障礙教育計畫 謝文婉老師	
14:40	高中職視覺障礙新生教育需求轉銜評估(一)	黃靜玲老師、章雅惠老師 吳佳蓉老師、陳亮瑄老師	
14:40 ~ 14:50	休息時間 輔具公司展示介紹		
14:50 ~ 15:40	專題演講(二) 高中職資源班服務及視障生的學習與人際溝通策略	臺中市立文華高中資源班 施錚懿老師	
15:40	高中職視覺障礙新生教育需求轉銜評估(二)	黃靜玲老師、章雅惠老師 謝文婉老師、陳亮瑄老師	
15:40 ~ 15:50	休息時間 輔具公司展示介紹		
15:50 ~ 16:40	專題演講(三) 1. 臺中市身心障礙學生教育輔助器材借用申請說明 2. 視覺輔助器材介紹	臺中市山線特殊教育資源中心 吳佳蓉老師	
16:40	高中職視覺障礙新生教育需求轉銜評估(三)	黃靜玲老師、章雅惠老師 謝文婉老師、陳亮瑄老師	
16:40 ~ 16:50	休息時間 輔具公司展示介紹		
16:50 ~ 17:30	綜合座談	臺中市視覺障礙教育 服務計畫團隊	
17:30	賦 歸		

## 臺中市高級中等學校視覺障礙新生教育需求評估基本資料調查表

填表日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

個人資料	姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出 生 日 期	年 月 日
	國中就讀學校		高中就讀學校		科 別 (就讀高職填寫)	
	地 址				電 話	
	電 子 郵 件				手 機	
生理敘述	障 礙 程 度	<input type="checkbox"/> 輕度視障 <input type="checkbox"/> 中度視障 <input type="checkbox"/> 重度視障 <input type="checkbox"/> 視多重障礙 ( <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 聽語障 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 其他障礙簡述：_____ (具有 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊 <input type="checkbox"/> 教育鑑定證明 <input type="checkbox"/> 均無)				
	視障開始時間	_____年 _____月起共 _____年 _____月				
	視 障 成 因	<input type="checkbox"/> 早產兒併發症 <input type="checkbox"/> 角膜病變 ( <input type="checkbox"/> 圓錐角膜) <input type="checkbox"/> 水晶體病變 ( <input type="checkbox"/> 白內障) <input type="checkbox"/> 視神經病變 ( <input type="checkbox"/> 視神經萎縮) <input type="checkbox"/> 視網膜病變 ( <input type="checkbox"/> 視網膜色素病變 <input type="checkbox"/> 視網膜剝離 <input type="checkbox"/> 黃斑部病變) <input type="checkbox"/> 青光眼 ( <input type="checkbox"/> 急性青光眼 <input type="checkbox"/> 慢性青光眼) <input type="checkbox"/> 白化症 <input type="checkbox"/> 意外傷害 <input type="checkbox"/> 小眼球症 <input type="checkbox"/> 馬凡氏症候群 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 其他生理敘述請簡單說明：_____ (請檢附 <b>醫生診斷證明</b> 以方便進行評估)				
視覺狀況	1. 光覺： <input type="checkbox"/> 有光覺 <input type="checkbox"/> 無光覺 是否畏光： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否夜盲： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否習慣使用檯燈補充光線： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 視覺敏銳度 視力值 (矯正後)：左眼：_____右眼：_____ 優眼視力： <input type="checkbox"/> 一樣 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼 視力是否持續退化： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 視覺功能 凝視能力： <input type="checkbox"/> 可凝視一文字或物體一段時間 (約 10 秒) <input type="checkbox"/> 無法做到 影像調節： <input type="checkbox"/> 可迅速看出物體輪廓 <input type="checkbox"/> 需一小段時間 <input type="checkbox"/> 無法做到 追跡能力： <input type="checkbox"/> 可追視移動中的滑鼠游標位置 <input type="checkbox"/> 可追視教師書寫板書的移動速度 <input type="checkbox"/> 無法做到 4. 視野 視野持續退化： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 視野是否缺損： <input type="checkbox"/> 是 ( <input type="checkbox"/> 中心缺損 <input type="checkbox"/> 周邊缺損 <input type="checkbox"/> 其他_____), <input type="checkbox"/> 否 5. 色覺： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 色弱 <input type="checkbox"/> 無，請自述：_____ 自述自己的色覺功能：_____ 6. 是否眼球顫震： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 7. 視力疲勞狀態：我覺得使用視力_____分鐘需要休息，如果過度使用視力，將會發生 <input type="checkbox"/> 眼壓升高、 <input type="checkbox"/> 流眼淚、 <input type="checkbox"/> 酸痛、 <input type="checkbox"/> 看不清楚、 <input type="checkbox"/> 想睡 <input type="checkbox"/> 其他_____ _____ 8. 其他敘述：_____					

學習經歷	學習經歷	1. 國小階段： <input type="checkbox"/> 普通班 <input type="checkbox"/> 資源班/特殊班 <input type="checkbox"/> 特殊學校(啟明學校) 2. 國中階段： <input type="checkbox"/> 普通班 <input type="checkbox"/> 資源班/特殊班 <input type="checkbox"/> 特殊學校(啟明學校) 3. 是否曾接受巡迴輔導老師服務： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	書寫方式	<input type="checkbox"/> 打點字 <input type="checkbox"/> 電腦筆記 <input type="checkbox"/> 手抄 <input type="checkbox"/> 錄音 <input type="checkbox"/> 他人協助 <input type="checkbox"/> 其他_____		
	閱讀方式	<input type="checkbox"/> 摸點字 <input type="checkbox"/> 電腦閱讀 <input type="checkbox"/> 放大文字 <input type="checkbox"/> 一般文字 <input type="checkbox"/> 聽錄音帶 <input type="checkbox"/> 其他_____		
	電腦能力	<input type="checkbox"/> 我完全不會使用電腦(請直接回答輔具使用狀況欄) 我用的是： <input type="checkbox"/> 1. 適合盲生使用的電腦，使用( <input type="checkbox"/> DOS <input type="checkbox"/> Windows)作業系統，使用軟體有( <input type="checkbox"/> DOS 應用程式、 <input type="checkbox"/> 導盲鼠系統、 <input type="checkbox"/> 蝙蝠語音導覽系統、 <input type="checkbox"/> NVDA、 <input type="checkbox"/> JAWS、 <input type="checkbox"/> 其他：_____等)軟體 <input type="checkbox"/> 2. 適合低視力學生使用的電腦，且使用( <input type="checkbox"/> Windows 放大鏡、 <input type="checkbox"/> ZoomText、 <input type="checkbox"/> MAGIC、 <input type="checkbox"/> 蝙蝠語音導覽系統、 <input type="checkbox"/> NVDA、 <input type="checkbox"/> 其他：_____等)軟體 <input type="checkbox"/> 3. 普通電腦，無特殊視障介面。		
輔具使用狀況	曾經使用輔具	目前使用輔具	希望使用輔具	
	<input type="checkbox"/> 點字觸摸顯示器 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 大尺寸螢幕_____吋 <input type="checkbox"/> 放大鏡_____倍 <input type="checkbox"/> 望遠鏡_____倍 <input type="checkbox"/> 視訊放大系統： <input type="checkbox"/> ZoomText <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 點字觸摸顯示器 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 大尺寸螢幕_____吋 <input type="checkbox"/> 放大鏡_____倍 <input type="checkbox"/> 望遠鏡_____倍 <input type="checkbox"/> 視訊放大系統： <input type="checkbox"/> ZoomText <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 點字觸摸顯示器 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 大尺寸螢幕_____吋 <input type="checkbox"/> 放大鏡_____倍 <input type="checkbox"/> 望遠鏡_____倍 <input type="checkbox"/> 視訊放大系統： <input type="checkbox"/> ZoomText <input type="checkbox"/> 其他_____	
	<input type="checkbox"/> 視窗版視障資訊系統 <input type="checkbox"/> NVDA <input type="checkbox"/> 導盲鼠系統 <input type="checkbox"/> 蝙蝠語音系統 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 視窗版視障資訊系統 <input type="checkbox"/> NVDA <input type="checkbox"/> 導盲鼠系統 <input type="checkbox"/> 蝙蝠語音系統 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 視窗版視障資訊系統 <input type="checkbox"/> NVDA <input type="checkbox"/> 導盲鼠系統 <input type="checkbox"/> 蝙蝠語音系統 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	曾遭遇問題或期待改善事項：			
輔具需求意願調查	*本欄由資源班、輔導室、巡迴輔導等輔導老師或家長填寫 1. 目前學生對於輔具需求程度： <input type="checkbox"/> 急迫需要 <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不需要 2. 學生對於輔具需求的部分為(可複選)： <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 上課 <input type="checkbox"/> 閱讀 <input type="checkbox"/> 電腦 <input type="checkbox"/> 上網 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
	3. 目前現有輔具使用狀況： <input type="checkbox"/> 目前無使用輔具 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
	4. 我認為學生所需輔具為：_____			
	5. 其他描述：_____			
	6. 本人_____是學生的 <input type="checkbox"/> 資源班老師、 <input type="checkbox"/> 輔導室老師、 <input type="checkbox"/> 巡迴輔導老師、 <input type="checkbox"/> 家長、 <input type="checkbox"/> 其他_____			

## 臺中市立啟明學校防疫期間活動健康聲明書

~為落實校園防疫，請協助填寫下列資料，並詳細閱讀注意事項，敬祝您身體健康，事事順心~

入校原因	參加 109 學年度臺中市高級中等學校視覺障礙新生學習適應轉銜輔導座談會				
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	手機	
所屬單位				職稱	
<p>本校依據教育部來函、「傳染病防治法」、「個人資料保護法」第十九條「為增進公共利益所必要」以及因應「嚴重特殊傳染性肺炎」(武漢肺炎)疫情，辦理相關防治措施，需請您提供相關個人資料，蒐集之個人資料類別包括：「識別類、社會情況類、健康與安全紀錄及其他各項有關檢疫與防治措施作業所必須提供之個人資料」。</p> <p>所蒐集之相關個人資料將依據「傳染病防治法」相關規範辦理，於必要時提供相關執行傳染病防疫工作執行處理、利用個人資料。</p> <p>本健康聲明書依據國家發展委員會檔案管理局公告之機關共通性檔案保存年限基準辦理，於校務行政作業所及地區內依法處理、利用個人資料。</p> <p>敬請您確認下列事項，保證您確實了解相關事項，無隱匿病情，簽署同意書並配合自主健康管理。</p> <p>一、本人未有確診流感或嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)。</p> <p>二、本人未有高傳染性疾病。</p> <p>三、本人未有發燒(體溫訂定標準:額溫<math>\geq 37.5</math>度，耳溫<math>\geq 38</math>度)、畏寒、肢冷、關節痠痛、腹瀉等疑似流感或冠狀病毒之症狀。如有為以下那些症狀：  <input type="checkbox"/>發燒<input type="checkbox"/>流鼻水或鼻塞<input type="checkbox"/>咳嗽<input type="checkbox"/>呼吸困難<input type="checkbox"/>全身倦怠<input type="checkbox"/>四肢無力<input type="checkbox"/>腹瀉</p> <p>四、本人未持有衛生主管機關或檢疫人員開立之居家隔離通知書、居家檢疫通知書、健康關懷通知書或自我健康管理通知書。</p> <p>五、本人 14 天內未於高風險環境中工作或與疑似或確診病患直接或間接接觸。</p> <p>六、本人於活動開始日前 14 天未有旅遊史。</p> <p>七、活動期間將配合進行體溫檢測及健康監測，若有任何不適症狀、配合團體規定、落實防疫措施。</p> <p>八、活動期間若有任何不適症狀將立即主動通報工作人員及配戴口罩，依活動防疫負責人指示即刻就醫治療，且不提供相關費用退費。</p> <p>九、若有隱匿病情情事將由主辦單位進行防疫通報。</p>					
請詳細閱讀以下注意事項，並於在本校活動期間配合防疫措施				閱後簽名	
<p>1. 研習會場請全程配戴口罩，並經常維持手部清潔，避免用手直接碰觸眼睛、鼻子和嘴巴。</p> <p>2. 倘已填寫過本表，後於入校參與活動之期程內有出國再返國者，請務必主動告知本校，以守護校園安全。</p>				<p>本人所填資料為實，並願積極配合學校防疫措施。</p> <p>簽名 _____</p> <p>_____年___月___日</p>	

備註：本表於確認准否入校後，由主辦單位依規定彙整存查。