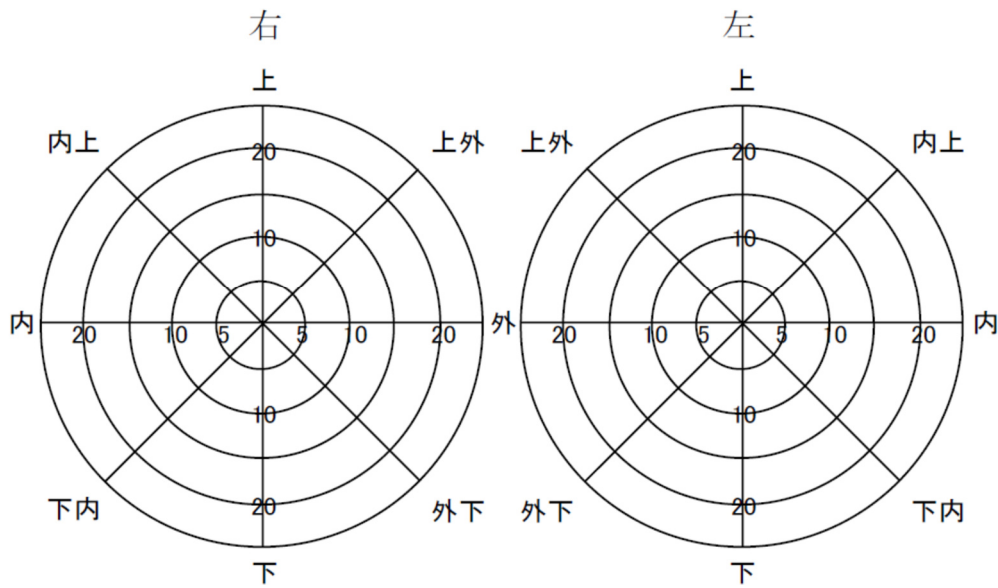


診 断 書  
(視覚障害関係)

氏名	生年月日	西曆	年	月	日	性別	
						男	女
住所							
診断名							
現症	視力						
	右	(	x	D Cyl	DAx	)	
	右	(	x	D Cyl	DAx	)	

視野障害により試験時間延長を希望する者の現症  
身体障害者手帳交付のための認定基準(視野障害)に準じた基準で測定してください。

中心視野



右	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計①	視能率②	損失率③
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (①÷560×100)	% (100-②)

左	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計④	視能率⑤	損失率⑥
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (④÷560×100)	% (100-⑤)

(③と⑥のうち大きい方) + (③と⑥のうち小さい方) × 3

両眼の損失率
%

視力、視野以外の視機能障害(眼球震盪、近距離視力等)、その他参考となる経過・現症

以上のとおり診断する。

西暦 年 月 日

医師の氏名 (診療科名 )

医師の勤務先

所在地・電話番号

【お願い】この「診断書」は、修了考査において、受験者の希望する受験特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できる限り具体的に記入してください。

診 断 書  
(上肢障害関係)

氏名		生年月日	西暦 年 月 日			性別	
						男	女
住所							
診断名	脳性麻痺の場合は生理学的病型等、また脊髄損傷の場合は損傷高位等も記入してください。						
現症	<p>・体幹の機能障害(特に座位保持能力等)、上肢の機能障害(書字能力等)、合併症その他参考となる経過・現症 ( 障害の発生した年齢(先天性の場合は0歳) 歳 か月)</p> <p>・修了考査実施日(2022年12月10日)までの回復見込みについて</p>						
<p>医師又は理学療法士・作業療法士の評価・所見(必ず記入してください。) (該当する項目の記号を で囲み、必要事項を記入してください。)</p> <p>1. 書字・読字に関する運動・動作について</p> <p>(1) 書字・読字における姿勢について 主に座位である 主に臥位である その他( )</p> <p>(2) 書字に用いる体の部位について 主に手指である 主に口である 書字不可 その他( )</p> <p>(3) 座位の保持について ( )時間程度であるならば可能である その他( )</p> <p>(4) ページめくりを行う体の部位について 主に手指である その他( )</p> <p>(5) 書字に要する時間について(完全に書字ができない場合を除く。) ほぼ健常者と変わらない 健常者より長くかかる(健常者の約( )倍の時間を要する。) 理由( ) その他( )</p> <p>(6) ページめくりに要する時間について ほぼ健常者と変わらない 健常者より長くかかる(健常者の約( )倍の時間を要する。) 理由( ) その他( )</p>							

以下は、「体幹又は上肢の機能障害を有する者で、筆記による解答が不可能な者」に該当すると考えられる場合のみ記入してください。

- (7) パソコン操作に用いる体の部位等について  
 手指である  
 手指によるパソコンの操作は不能である  
 その他( )
- (8) パソコンを使用して文章を作成するのに要する時間について  
 ほぼ健常者と変わらない  
 健常者より長くかかる(健常者の約( )倍の時間を要する。)  
 理由( )  
 その他( )
- (9) 上記の評価・所見を行うに当たって実施した具体的な測定や検証の有無について(有・無)  
 「有」の場合はその内容、方法等( )

(注) 具体的な測定や検証を実施した場合で証明資料がある場合は添付してください。

2. 書字、読字に関して、必要と考えられる措置等がある場合には具体的に記載してください。

以上のとおり診断する。

西暦 年 月 日

医師の氏名 (診療科名 )

医師の勤務先

所在地・電話番号

【お願い】この「診断書」は、修了考査において、受験者の希望する受験特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できる限り具体的に記入してください。