

診 断 書
(視覚障害関係)

本人氏名		生年月日	西暦年 月 日	性別	
				男	女
診断名					
本人の現症 ※ 身体障害者手帳交付のための認定基準(視覚障害)に準じ記載して下さい。 ※ 左右・両目の視力、視野・視能率・視野損失率を必ず記載して下さい。 ※ この診断書は、修了考查における受験の特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的に記載して下さい。					
以上のとおり診断する。 西暦年 月 日 医師の氏名 (印) (診療科名) 医師の勤務先 所在地・電話番号					

※ 申請書の提出〆切から直近3か月以内のものをご提出ください。

診 断 書
(上肢障害関係)

本人氏名		生年月日	西暦	年	月	日	性別	
							男	女
診断名								
本人の現症 ※ 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・現症を記載して下さい。 ※ この診断書は、修了考査における受験の特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的に記載して下さい。								
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。) 1. 書字・読みに関する運動・動作 (1) 書字・読みにおける姿勢は ① 主に座位である ② 主に臥位である ③ その他() (2) 書字に用いる体の部位は ① 主に手指である ② 主に口である ③ その他() (3) 座位の保持は ① 4時間 30 分以内であるならば可能である ② その他() (4) ページめくりを行う体の部位等は ① 主に手指である ② その他() (5) 書字に要する時間は ① ほぼ健常者と変わらない ② 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() ③ その他() (6) ページめくりに要する時間は ① ほぼ健常者と変わらない ② 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() ③ その他()								

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は

① 手指である

② 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は

① ほぼ健常者と変わらない

② 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()

③ その他()

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 (印) (診療科名)

医師の勤務先

所在地・電話番号

※ 申請書の提出〆切から直近3か月以内のものをご提出ください。