

【B3】

診断書（ 肢体不自由関係 ）

この診断書は、大学入学共通テストにおいて志願者の希望する受験上の配慮事項を審査するための資料となりますので、できるだけ具体的に記入してください。

氏名	昭和 平成	年	月	日生
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。)			
疾病・外傷発生年月	年	月		
記入について	<ul style="list-style-type: none">○ 体幹の機能障害（特に座位保持能力、「読み」「書き」における姿勢等）、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・現症を記入してください。（記入しきれない場合は裏面に記入してください。）○ 上肢の機能障害により、チェック解答、試験時間延長（1.3倍）を必要とする志願者については、裏面の「●志願者自署欄」、「●マーク塗りつぶし欄」、「●チェック欄」の各欄を医師の立会いのもと本人が記入してください。また、それぞれの所要時間を計測し、医師が記入してください。書字能力等の程度を、大学入試センターにおける審査の参考とします。 記入時の志願者の様態についても、必要に応じて現症欄に記入してください。 なお、上肢の機能障害が重度で、書字等不能な場合は、その旨を医師が各欄に記入してください。○ 試験時間延長（1.3倍）、代筆解答又は別室の設定を必要とする場合は、その理由を記入してください。なお、「別室の設定」において、特に個室（試験室に受験者1名）を必要とする場合は、その明確な理由についても併せて詳しく記入してください。（記入しきれない場合は、裏面に記入してください。）○ 病気や障害等のため、「感染症に罹患すると重症化の可能性がある」や「免疫力が低下している」等により、別室又は個室での受験が必要な場合は、その具体的な理由を記入してください。			
現症	志願者の希望する全ての受験上の配慮事項について、それぞれ必要とする具体的な理由を、必ず記入してください。			
	<h1>過年度の様式は使用 しないでください</h1>			
上記のとおり診断する。				
令和 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				

- 上肢の機能障害により、チェック解答、試験時間延長（1.3倍）を必要とする場合は、以下の欄を医師の立会いのもと、志願者が記入してください。なお、各欄の所要時間は医師が記入してください。
- 志願者が書字等不能な場合は、その旨を医師が各欄に記入してください。

● **志願者自署欄** ※志願者が氏名を記入してください。

● **マーク塗りつぶし欄**
※鉛筆で全て塗りつぶしてください。

① ② ③ ④ ⑤

○所要時間（ ）秒

○所要時間（ ）秒

● **チェック欄** ※1～5の全ての枠内に「レ」を記入してください。難しいようであれば「○」、「×」、「／」で構いません。

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

○所要時間（ ）秒

（現症記入欄）

過年度の様式は使用
しないでください

（キリトリ線）