

診断書（肢体不自由関係 1）

チェック解答の試験時間延長（1.3倍）を希望する者及び代筆解答を希望する者が提出してください。

氏名	昭和 平成	年	月	日生	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。)				
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。) ○ この「診断書」は, 大学入試センター試験において, 志願者の希望する受験上の配慮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入してください。 				
現	志願者の希望する受験上の配慮が必要な理由を, 必ず記入してください。				
症	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; color: red; font-size: 2em; font-weight: bold;"> 過年度のものなので、 当該年度は使用しない てください </div>				
	障害の発生した年齢(先天性の場合は0歳)	歳	ヶ月		
	【書字・読みに関する運動・動作(該当する項目の数字を○で囲み, 必要事項を記入してください。)				
	1 書字・読みにおける姿勢は?	3 書字に用いる部位等は?			
	(1) 主に座位である。	(1) 主に手指である。			
	(2) 主に臥位である。	(2) 主に口である。			
	(3) その他()	(3) その他()			
	2 座位の保持は?	4 ページめくりを行う部位等は?			
	(1) 100分程度ならば可能である。	(1) 主に手指である。			
	(2) その他()	(2) その他()			
	上記のとおり診断する。				
	平成	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				

(キリトリ線)

(現症記入欄)

過年度のものなので、
当該年度は使用しないで
ください

(キリ下し線)