

身体・発達・精神しょうがい状況連絡票(該当者のみ・部外秘)

必要事項を記入の上、該当する項目(太枠)にチェックをしてください。 西暦 年 月 日 現在

フリガナ			受験番号						
氏名			性別	<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	女		
			生年月日		年		月		日
住所	〒		TEL		-		-		
障がい者手帳	有無： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		→ (種 級 歳より)				→ (しょうがい名：)		
しょうがい状況	裏面区分を参考に選択(複数可)：								
しょうがい部位	部位：	<input type="checkbox"/> 視覚しょうがい	<input type="checkbox"/> 聴覚しょうがい	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 発達しょうがい				
		<input type="checkbox"/> 視覚機能	<input type="checkbox"/> 聴覚機能	<input type="checkbox"/> 発語機能	<input type="checkbox"/> 体幹機能				
		<input type="checkbox"/> 四肢麻痺	<input type="checkbox"/> 上肢麻痺のみ	→ (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両)	<input type="checkbox"/> 下肢麻痺のみ	→ (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両)			
	<input type="checkbox"/> 内部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 内臓等						
	病名等： ()								
運動機能しょうがい	座位：	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	座位による静止状態：		<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可			
	歩行：	<input type="checkbox"/> 自立歩行可	→	(<input type="checkbox"/> 補装具無	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> クラッチ			
		<input type="checkbox"/> 介助必要	<input type="checkbox"/> 車椅子	→	(<input type="checkbox"/> 手動	<input type="checkbox"/> 自動			
	排便：	<input type="checkbox"/> 自分で可能	<input type="checkbox"/> 介助必要						
	食事：	<input type="checkbox"/> 自分で可能	<input type="checkbox"/> 介助必要						
	筆記：	<input type="checkbox"/> 自筆可能	<input type="checkbox"/> 代筆必要						
		<input type="checkbox"/> ワープロ	<input type="checkbox"/> 点字	<input type="checkbox"/> 拡大文字・枠での教材必要					
	その他： ()								
視覚機能しょうがい	状況：	<input type="checkbox"/> 軽度弱視	<input type="checkbox"/> 強度弱視	<input type="checkbox"/> 点字による教育を受けている					
	その他： ()								
聴覚機能しょうがい	補聴器：	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 使用						
	状況：	<input type="checkbox"/> 軽度難聴	<input type="checkbox"/> 中等度難聴	<input type="checkbox"/> 高度難聴	<input type="checkbox"/> 聾に近い難聴				
	その他： ()								
言語機能しょうがい	状況：(発語に対し、一般的に聞く側として)								
	<input type="checkbox"/> やや聞き取りにくいの意味はわかる		<input type="checkbox"/> 聞き取り困難						
	その他： ()								
発達しょうがい	診断名：	<input type="checkbox"/> 自閉症、アスペルガー症候群を含む広汎性発達しょうがい(自閉症スペクトラム)							
		<input type="checkbox"/> 学習しょうがい(限局性学習しょうがい)							
		<input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性しょうがい(注意欠如・多動性しょうがい)							
	<input type="checkbox"/> その他の発達しょうがい()								
	状況：	<input type="checkbox"/> 先天性	<input type="checkbox"/> 後天性	歳より)					
	程度：	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度					
精神しょうがい	診断名：	()							
	程度：	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度					
自己管理	状況：(内臓機能しょうがい・神経系のしょうがい・難病等)								
	<input type="checkbox"/> 充分可能	<input type="checkbox"/> 時々不可能な時あり	<input type="checkbox"/> 管理不可能な時が多い						
服薬・通院	状況：	<input type="checkbox"/> 状況に応じて服薬		<input type="checkbox"/> 常時服薬(定期的)		<input type="checkbox"/> 服薬なし			
		<input type="checkbox"/> 透析中(週 回)		<input type="checkbox"/> 通院中(月 回)					
現況	学生生活(登下校・授業等)及び日常生活(歩行・会話・食事・排便・治療方法・合併症等)についての状況・配慮・介助等について記入してください。								
	現在の職業：								
記入者名			記入者との関係						

表面「発達しょうがい」「精神しょうがい」の程度について、該当する程度を以下を参考に表面項目欄にチェックをしてください。

程度	しょうがいの程度
重度	日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
中度	日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
軽度	日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの

表面「しょうがい状況」について、該当する区分を表面項目欄にチェックをしてください。

区分	しょうがいの程度
視覚しょうがい	両眼の視力がおおむね0.3未満のもの、又は視力以外の視機能しょうがいが高度のもののうち、拡大鏡等の使用によっても通常の文字、図形等の視覚による認識が不可能又は著しく困難な程度のもの
聴覚しょうがい	両耳の聴力レベルがおおむね60デシベル以上のもので、補聴器等の使用によっても通常の話し声を解することが不可能又は著しく困難な程度のもの
肢体不自由	<p>肢体不自由の状態が補装具の使用によっても歩行、筆記等日常生活における基本的な動作が不可能又は困難な程度のもの</p> <p>肢体不自由の状態が前号に掲げる程度に達しないものうち、常時の医学的観察指導を必要とする程度のもの</p>
発達しょうがい	発達しょうがい(自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達しょうがい、学習しょうがい、注意欠陥多動性しょうがいその他これに類する脳機能のしょうがい)を有するために日常生活又は、社会生活に制限を受けるもの