年　　月　　日

**障害等を理由とする合理的配慮申請のための情報共有シート**

「障害等を理由とする合理的配慮のための情報共有シート」の内容の取り扱いには、南山大学個⼈情報保護規程に基づき、守秘義務が課せられ、提供された情報は厳重に管理されます。

20 　　　　　年度（Q1・Q2・Q3・Q4）からの修学にあたり、次のとおり申請します。

**Ⅰ．申請者の氏名・連絡先**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 学部(研究科) |  | 学科　 |  | 　　　　年 |
| フリガナ |  | 学生番号 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　　　　　年　 　　　月　　　　日 |
| 居住地 | 実家住所：〒 |
| 一人暮らし住所：〒 |
| 電話番号（確実に連絡が取れる番号を記載してください） | 本人： | e-mail（確実に連絡が取れるものを記載してください） | 携帯　　　　　　　　　　@ |
| 保証人：（氏名（続柄）　　　　　　　　　　） | PC　　　　　　　　　　　@ |
| 家族構成 | [ ] 　父　（年齢：　　　　　　　職業：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 　母　（年齢：　　　　　　　職業：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ]  兄弟姉妹（年齢：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　本人は（　　　　番目）[ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 指導教員氏名 |  |

**Ⅱ．障害等に関する情報（該当する項目の□に✔をいれてください）**

**Ⅱ-1．障害名・診断名について**(複数ある場合は併記してください)

|  |  |
| --- | --- |
| 障害者手帳 | [ ] あり　　（[ ] 身体　[ ] 精神　[ ] 療育・愛護　 　　　　　級　　　　　種）[ ] なし　　（[ ] 申請中　　　[ ] 取得予定あり　　　□取得予定なし） |
| 医師による障害・疾患の診断(複数ある場合は主要なものから記載してください) | [ ] あり　①（診断名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医・病院　　　　　　　　科）②（診断名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医・病院　　　　　　　　科）③（診断名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医・病院　　　　　　　　科） |
| [ ] なし　 |
| 症状などを具体的にお書きください。 |  |

**Ⅱ-２．治療歴（既往歴）**(複数ある場合は併記してください)

|  |  |
| --- | --- |
| 今までにかかった大きな病気やけが | [ ] あり　（傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳の時）　　（傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳の時）　（傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳の時）　（傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳の時） |
| [ ] なし　 |
| 薬剤アレルギー食物アレルギーその他のアレルギー | [ ] あり　（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　 　　　）　　（食物名：　　　　 　　　　　　　　　　　　）　　　（アレルゲン名：　　　　 　　　　　　　　　　）　 |
| [ ] なし　 |

**Ⅱ-３．かかりつけ医療機関**　（主治医・現在通院している病院・以前通院していた病院があれば記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| ①医療機関名 | 機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名電話　（　　　　）　　　―＜治療内容・処方薬＞＜通院期間＞　　　　　　　　年　　　　　月頃～　　　　　　　　年　　　　　月頃 |
| ②医療機関名 | 機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名電話　（　　　　）　　　―＜治療内容・処方薬＞＜通院期間＞　　　　　　　　年　　　　　月頃～　　　　　　　　年　　　　　月頃 |
| ③医療機関名 | 機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名電話　（　　　　）　　　―＜治療内容・処方薬＞＜通院期間＞　　　　　　　　年　　　　　月頃～　　　　　　　　年　　　　　月頃 |
| 常服薬（上記で記載いただいたもの以外） | [ ] あり（薬品名：①　　　　　　　　　　②　　　　　　　　　　　③　　　　　　　　　　　　④　　　　　　　　　　⑤　　　　　　　　　　　⑥　　　　　　　　　　）[ ] 副作用あり　(症状：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| [ ] なし |

**Ⅱ-４. 現在、修学を中心とした大学生活において困っていること・先生方に知っておいてほしいことを、できるだけ具体的に書いてください（箇条書きで構いません）。**

**Ⅱ-５．現在までの経過・小中学校や高等学校での様子**

**Ⅲ.　入学前の配慮の有無**（該当する箇所全てにチェック（✔）を入れてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] 　１.大学入学共通テストの特別措置 | [ ] 　２.南山大学の入試の特別措置 |
| [ ] 　３.出身校における特別な配慮 | [ ] 　４.出身校における試験の特別措置 |

**上記の３または４にチェック（✔）を入れた方は、具体的な配慮内容を書いてください。**

**Ⅳ. 次の文書について、現在お手元にあるものにチェック（✔）し、この情報共有シートと一緒に写しをご提出ください。**

（１、２は必ずどちらか1つご提出ください。いずれもお手元にない場合はご相談ください。）

|  |
| --- |
| [ ] 　**1.医師の診断書または医師を含む専門家からの意見書**※診断書がない場合、障害に関わる専門家(リハビリ施設の担当者やカウンセラーなど）の意見書でも申請可能です。詳しくは保健センターまでお問い合わせください。※診断書・意見書は原則3カ月以内のものをご提出ください。　3カ月より以前のものについては要相談になります。 |
| [ ] 　**2.個別支援計画書等の支援方法について書かれている書類**※様式は自由ですが、作成者の所属・氏名のあるものが必要です。 |
| [ ]  3.身体障害者手帳 | [ ] 　4.精神障害者保健福祉手帳 |
| [ ] 　5.療育(愛護)手帳 | [ ] 　6.検査結果 |
| [ ] 　7.自立支援医療受給者証 | [ ]  8.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※追加で別途文書をご提出頂く場合があります。その場合、文書発行元にて料金が発生することをご承知おきください。

【以下大学生活支援室記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者 |  | 受付日 |  |

※ご記入にあたり、ご不明な点などございましたら、保健センタースタッフまでお気軽にご相談ください。