

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	<input type="checkbox"/> 父 (年齢: 職業:) <input type="checkbox"/> 母 (年齢: 職業:) <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹(年齢:) 本人は(番目) <input type="checkbox"/> その他()					
指導教員氏名						

II. 障害等に関する情報(該当する項目の口に✓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	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育・愛護 級 種) <input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 取得予定あり <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり (薬剤名:) (食物名:) (アレルギー名:)
	<input type="checkbox"/> 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)	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="502 638 917 705">□あり(薬品名:① _____</td> <td data-bbox="917 638 1141 705">② _____</td> <td data-bbox="1141 638 1465 705">③ _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="502 705 917 772">④ _____</td> <td data-bbox="917 705 1141 772">⑤ _____</td> <td data-bbox="1141 705 1465 772">⑥ _____)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="502 772 1465 817">□副作用あり (症状: _____)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="502 817 1465 873">□なし</td> </tr> </table>	□あり(薬品名:① _____	② _____	③ _____	④ _____	⑤ _____	⑥ _____)	□副作用あり (症状: _____)			□なし		
□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。)

<input type="checkbox"/> 1.大学入学共通テストの特別措置	<input type="checkbox"/> 2.南山大学の入試の特別措置
<input type="checkbox"/> 3.出身校における特別な配慮	<input type="checkbox"/> 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。いずれもお手元がない場合はご相談ください。)

<input type="checkbox"/> 1.医師の診断書または医師を含む専門家からの意見書 <small>※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。</small>	
<input type="checkbox"/> 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 <small>※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。</small>	
<input type="checkbox"/> 3.身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 4.精神障害者保健福祉手帳
<input type="checkbox"/> 5.療育(愛護)手帳	<input type="checkbox"/> 6.検査結果
<input type="checkbox"/> 7.自立支援医療受給者証	<input type="checkbox"/> 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。