

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						

【取扱注意】**II. 障害等に関する情報**

該当する項目の□にチェック(✓)を入れてください。

II-1. 障害種別(複数選択可)

<input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/> 言語・音声	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 内部障害・難病
<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 発達	<input type="checkbox"/> 学習	<input type="checkbox"/> 性別違和	<input type="checkbox"/> 睡眠
<input type="checkbox"/> 記憶	<input type="checkbox"/> 過敏()	<input type="checkbox"/> 加療	<input type="checkbox"/> 服薬	<input type="checkbox"/> その他()

II-2. 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 (□身体 □精神 □療育・愛護 級 種) <input type="checkbox"/> なし (□取得中 □取得予定)
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-3. 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 (病名: 歳の時) (病名: 歳の時) (病名: 歳の時) (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:) (アレルゲン名:)
	<input type="checkbox"/> なし

II-6. 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. 申請時に提出する予定の書類(該当する箇所に全てにチェック(✓)を入れてください。)

※少なくとも1点の提出が必要とされます。

<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し
<input type="checkbox"/> 療育(愛護)手帳の写し	<input type="checkbox"/> 医師の診断書(3カ月以内)の写し
<input type="checkbox"/> 検査結果の写し	<input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証の写し
<input type="checkbox"/> その他()	

【以下大学生活支援室記入欄】

担当者		受付日	
-----	--	-----	--

*本シートの内容について、保健センター大学生活支援室担当者以外の関係者に共有してほしくない部分がありましたら、ご遠慮なくお申し出ください。

--