

合理的配慮申請書（入学時）

学籍番号：※大学記入		所属ゼミナール：※大学記入			
太枠内の必要事項についてご記入ください。		入学予定学部・学科：			
ふりがな		申請日：	年	月	日
入学者氏名		生年月日：	年	月	日
連絡先	電話：	E-mail：			
緊急連絡先 (保護者等)	氏名：	電話：	続柄：		
出身学校名		卒業(見込) 年月	年	月	<input type="checkbox"/> 卒業
担当教員名					<input type="checkbox"/> 見込
入学試験時の配慮	共通テスト時 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未受験		本学入学試験時 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
入学後に修学上の支援を必要とする理由（困難の原因）を教えてください。（複数選択可）					
障がいの種別			該当	これまで 配慮有り	
視覚障害	盲		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	弱視		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
聴覚・言語障害	聾		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	難聴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	言語障害		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
肢体不自由	上肢機能障害		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	下肢機能障害		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	上下肢機能障害		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	その他の機能障害		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
病弱・虚弱	内部障害等		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	他の慢性疾患（ ）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
発達障害 (神経発達症)	限局性学習障害（学習障害・SLD）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	注意欠如・多動症（ADHD）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	自閉症スペクトラム症（ASD） (アスペルガー症候群・高機能自閉症等)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	その他の発達障害（ ）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
精神障害	統合失調症等（ ）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	気分障害（双極性障害、抑うつ）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	神経症性障害等（ ）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	摂食障害・睡眠障害等（ ）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	その他の精神障害（ ）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他の障害 または疾患	具体的に記載（ ）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(裏に続く→)

