

診断書（発達障害関係）

この診断書は、大学入学共通テストにおいて志願者の希望する受験上の配慮事項を審査するための資料となりますので、できるだけ具体的に記入してください。

氏名			昭和 平成	年	月	日生
住所						
診断名	主診断名	(学習障害, 注意欠陥多動性障害, 自閉症, アスペルガー症候群, 広汎性発達障害等)				
	合併診断名					
記入について	記入について	<input type="checkbox"/> 「読み」「書き」等における配慮等及びその必要性を、できるだけ具体的に記入してください。 (記入しきれない場合は、裏面に記入してください。) <input type="checkbox"/> 病気や障害等のため、「感染症に罹患すると重症化の可能性がある」や「免疫力が低下している」等により、別室又は個室での受験が必要な場合は、その具体的な理由を記入してください。				
	現	志願者の希望する全ての受験上の配慮事項について、それぞれ必要とする具体的な理由を、必ず記入してください。				
心理・認知検査や行動評定等	記入について	<input type="checkbox"/> 複数の検査等を記入する場合は、裏面に記入してください。 <input type="checkbox"/> 試験時間延長を必要とする場合、「心理・認知検査や行動評定等」以外に、その必要性を示した客観的な資料があれば添付してください。				
	名称:					
	測定日:	年	月	日	(測定日は、原則として申請時の3年以内とする。)	
上記のとおり診断する。						
令和 年 月 日						
医師の氏名						
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 印 (診療科名) </div>						
医師の勤務先						
所在地・電話番号						

過年度のものなので、
 使用しないでください

キリトリ線

(現症記入欄)

過年度のものなので、
使用しないでください

心理・認知検査や行動評定等記入欄)

名称：

測定日： 年 月 日

(キリトリ線)