

診断書・意見書（身体障害用）

江戸川大学

フリガナ		生年月日	年 月 日生 (歳)
氏名			

①診断名 主診断名及び 合併診断名等	初診日 年 月 日
--------------------------	--------------------------

※以下、可能な範囲でご記入ください

②身体障害者手帳

☐ 有り

☐ 視覚障害

☐ 聴覚・平衡機能障害

☐ 音声・言語・そしゃく障害

☐ 肢体不自由

☐ 心臓機能障害

☐ 腎臓機能障害

☐ 呼吸機能障害

☐ 小腸機能障害

☐ ぼうこう・直腸機能障害

☐ 肝臓機能障害

☐ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

級

取得日：

年

月

日

☐ 無し

③障害の状態について、参考となる経過と状態、補装具・医療機器等を具体的に記入してください

※障害に関する検査結果等があれば、記入もしくは添付してください

④現在の治療・支援・処方等

⑤今後の治療方針や回復の見通し

⑥現時点で有している症状や障害のために、修学上必要と思われる配慮の内容について、具体的に想定できるものがあれば記入してください		
⑦上記について、医学的あるいは療養上必要あるいは有効と思われる理由を記入してください		
上記のとおり診断する	年	月
医療機関名	主治医氏名	(診療科)
連絡先（電話番号・E-mail等）※記載内容等につき障害学生支援室よりお問合せする場合がございます		

診断書・意見書作成について（依頼）

江戸川大学では、本学の障害学生支援に関わる基本方針に基づき、障害のある学生が他の学生と平等に教育を受けられるよう、修学上の合理的配慮の提供を行っています。合理的配慮とは教育の本質は変えずその実施に伴う負担が過重でない範囲で、個々の学生の障害の状態・特性に応じた配慮を行うものです。

学生の障害の状態・特性により修学上の困難さが生じる点について、医学的観点から情報提供いただきその情報をもとに本学における配慮内容を検討いたします。いただいた情報は合理的配慮の検討と実施についてのみ使用され、障害学生支援室が厳重に管理いたします。

< 修学上の合理的配慮の例 >

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ◎教室での着席位置の配慮 ◎授業中の一時退出許可 ◎感覚過敏緩和のための補助器具着用許可
(イヤーマフ、カラーレンズ等) ◎定期試験における別室受験・試験時間延長 | <ul style="list-style-type: none"> ◎拡大鏡・ガイドローラー等の補助器具の利用許可 ◎板書の撮影、授業の録音許可 ◎スケジュールの事前伝達 ◎具体的でわかりやすい言葉での指示 ◎重要事項の視覚情報（文書・メール等）での伝達 |
|--|---|

本件お問合せ先： 江戸川大学障害学生支援室

TEL : 04-7152-9945 (学生課) Mail : s-shien@edogawa-u.ac.jp

詳細は江戸川大学障害学生支援室ホームページでご確認ください
(直接入力可能な診断書・意見書様式をダウンロードできます)

