

該当者のみコピーして使用

診 断 ・ 意 見 書 (肢体不自由関係)

※この用紙は複写 (コピー) して使用してください。

氏名等	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生	男・女
住所			
診断名			
現症	体幹の機能障害 (特に座位保持能力等), 上肢の機能障害 (特に筆記能力等), その他参考となる経過・現症		

参考事項 (医師が該当する項目の数字を○で囲んでください。)

I 体幹の機能障害 A 座位の保持は, 1. 60分程度ならば可能である。 2. 100分程度ならば可能である。 3. その他 ( )  B 学校等での授業中の姿勢は, 1. 主に臥位である。 2. 主に座位である。 3. その他 ( )	II 上肢の機能障害 A 書字に用いる部位等は, 1. 主に口である。 2. 主に手指である。 3. 主に足指である。 4. その他 ( )  B ページめくりを行う部位等は, 1. 主に口唇・舌である。 2. 主に手指である。 3. 主に足指である。 4. その他 ( )
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称  所在地  診療担当科名 科 医師氏名	

お願い: この「診断・意見書」は, 高等学校卒業程度認定試験において, 受験者の希望する特別措置の可否を決定するための資料となりますので, できるだけ具体的に御記入ください。