

合理的配慮申請書（入学後）

太枠内に必要事項を記入してください。

申請日： 年 月 日

学籍番号：		所属学部・学科：	
学年：	年	入学年度：	年
所属ゼミナール：			
ふりがな			
学生氏名			
連絡先	電話：	E-mail：	
緊急連絡先 (保護者等)	氏名：	電話：	続柄：

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	これまでも 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→）

