診断書（※　　　　　　　　　　　　　）

入学検査において志願者が希望する受検上の配慮事項を検討する際の資料としますので、できるだけ具体的に入力してください。欄が足りない場合は別紙（書式は任意）を添付してください。

（※は学校使用欄）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | アイテムを選択してください。 | 20 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | 年 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | 月 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | 日生 |
| 住所 | 〒 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |  |
| ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| 診断名 | 主診断名 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| 合併診断名 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| 必要な配慮事項 | 志願者が希望する「読み」「書き」等における受検上の配慮事項の全てについて、その内容と必要性をできるだけ具体的に入力してください。 |
| ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| 検査や行動評定等 | ご入力事項が複数ある場合は、2つ目以降は次ページに入力してください。 |
| 名　称：ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| 測定日：クリックまたはタップして日付を入力してください。（原則として申請時の1年以内とする） |
| 結果等：ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| 上記のとおり診断する | 記載日：クリックまたはタップして日付を入力してください。 |
| 医師氏名 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | 印 | （診療科名：）ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| 医師勤務先 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| 所在地 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| 電話番号 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |

|  |
| --- |
| 現症（表面に入力できなかった内容を入力してください。）ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| 検査や行動評定等（表面に入力できなかった内容を入力してください。）ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |