# 「身体障害者等受験特別措置申請書」作成上の注意

- (1) この申請書は、本人又は代理者(受験者と相談の上)が記入してください。
- (2)「(4)各欄の記入方法」を参照のうえ、**黒又は青のボールペン**を使用し、正確に記入してください。
- (3) 記入を誤った場合は二重線で消し、受験者本人の印鑑で訂正してください。

#### (4) 各欄の記入方法

区 分	記 入 方 法 等				
「整理番号」欄	※この欄は、記入しないでください。				
「氏 名」欄	漢字で記入してください。				
「性 別」欄	該当する文字を○で囲んでください。				
「身体障害の程度」欄	該当する事項について、「該当する」の文字を○で囲んでください。この 場合必ず1欄のみに記入してください。 身体障害者手帳の交付を受けている者は、交付番号及び交付年月日等に ついても記入してください。 下の欄には、症状及び日常生活での状況等を詳しく記入してください。 (例) 「下肢障害のため車いすを使用している」 「洋式トイレを介助なしで使用できる」				
「受験に際して希望する措置」欄	該当する事項の「希望する」の文字を〇で囲んでください。 該当する希望事項がない場合には、「その他」欄の「希望する」の文字を〇 で囲み、右欄にどのような措置を希望するのか詳しく記入してください。 特に希望する事項がない場合には、右最下欄の「希望しない」の文字を〇 で囲んでください。				
「受験者の現住所・連 絡電話番号」欄	緊急の連絡の場合に必要となりますので、必ず記入してください。 アパート等の場合には、名称、室名又は○○様方まで正確に記入してく ださい。 (注) 現住所・連絡電話番号に変更があった場合には、「記載事項変更届」に新 旧の事項を明記し、速達郵便で届け出てください。				
「記入者名」欄	本人又は記入代理者が署名、 <b>押印</b> してください。				

## 診断・意見書(視覚障害関係)

氏名	:	昭和・平成	年 生	月 日	男·女
住所	· :				
診 断 名					
	視力				
	右( ×	D Су	1	D Ax	)
	左( ×		1		)
現	視力以外の視機能障害(視野 経過・現症	狭窄、眼球震	<b>&gt;&gt;</b> 近距離社	見力等)、その他	参考となる
症					
I <b>≑</b> ⊣	のしかり会所ナフ				
上記	のとおり診断する。	平成	年	月	日
病	院又は診療所の名称				
所	在地				
診	療担当科目	科	医師氏名		印

お願い:この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者が 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。できるだけ具体的に 御記入ください。

茨城県社会福祉協議会長 森 戸 久 雄

## 診断・意見書(聴覚障害関係)

氏名	i :	昭和・平成	年 生	月	男 •	女
住所	τ <b>ֹ</b> :					
診 断 名						
現	(1) 聴力(会話音域の平均 右 左	B聴力レベル) d B d B				
症	(2) 障害の種類 伝音性難聴 感音性難聴 混合性難聴 (3) 聴力以外の障害・その	の他参考となる経	過・現症			
	己のとおり診断する。	平成	年		月	日
病院又は診療所の名称						
所在地						
彰	療担当科目	科	医師氏名			印

お願い:この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者が 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。できるだけ具体的に 御記入ください。

茨城県社会福祉協議会長 森 戸 久 雄

診療担当科目

### 診断・意見書(肢体不自由関係)

氏名	:	昭和・平成	年	月	日生	男 •	女
住所	住所:						
診 断 名							
現	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						
症							
参考事							
1	体幹の機能障害		2 上肢	の機能障害	Ē		
(1) 座位の保持			(1) 著しい障害				
ア 60 分程度ならば可能である。			握る、摘む、なでる(手、指先の機能)、も				
イ 90 分程度ならば可能である。			のを持ち上げる、運ぶ、投げる、押す、引っ				
ウ	7 <b>.</b>	o			•	障害がある	0
	その他(	)	(2) 軽度(		=		
	受験可能な姿勢				ぶできない	•	
	仰臥位 イ 座位		イ 10kg以内のものしか下げることができ				
ウ	79 4.9 1		ない	0			
エ	その他(	)					
上記	のとおり診断する。						
		平成	年	月		日	
病	院又は診療所の名称						
一所	在						

お願い:この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、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。

医師氏名

科

(注) 「著しい障害」とは、ア 機能障害のある上肢では、5 k g 以内のものしか下げることができない もの(手指で握っても、肘でつり下げてもよい。)、イ 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節の うち、いずれか二関節の機能を全廃したものをいいます。

茨城県社会福祉協議会長 森 戸 久 雄

印

### 診断·意見書(病弱者関係)

			•	
氏名:	昭和・平成	年 月 日生	=	男・女
住所:				
診 断 名				
参考となる経過・現症現				
症				
参考事項(医師が該当する項目	の数字を○で囲ん	んでください。)		
ウ 腹臥位	<b>ごある</b> 。	2 歩行の状況 (1) 困難 (2) 著しく困難 (3) 歩行不可 (4) 車いす使見 (5) その他 3 付添人 (1) 要		
エ その他(	)	(2) 不要		
上記のとおり診断する。	平成	年	月	日
病院又は診療所の名称				
所在地				
診療担当科目	科	医師氏名		印

お願い:この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者が 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。できるだけ具体的に 御記入ください。

茨城県社会福祉協議会長 森 戸 久 雄