

「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、本人又は代理人(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○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○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○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	本人又は記入代理人が署名、 押印 してください。

診断・意見書(視覚障害関係)

氏名：	昭和・平成	年	月	日	男・女
住所：					
診断名					
現症	視力				
	右	(×	D C y l	D A x)
	左	(×	D C y l	D A x)
視力以外の視機能障害(視野狭窄、眼球震盪、近距離視力等)、その他参考となる経過・現症					
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：	昭和・平成 年 月 日生	男・女							
住所：									
診断名									
現症	(1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)								
	<table border="1"> <tr> <td>右</td> <td>d</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>d</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>	右	d		B	左	d		B
右	d								
	B								
左	d								
	B								
	(2) 障害の種類								
	<table border="1"> <tr> <td>伝音性難聴</td> </tr> <tr> <td>感音性難聴</td> </tr> <tr> <td>混合性難聴</td> </tr> </table>		伝音性難聴	感音性難聴	混合性難聴				
伝音性難聴									
感音性難聴									
混合性難聴									
	(3) 聴力以外の障害・その他参考となる経過・現症								
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(病弱者関係)

氏名：	昭和・平成 年 月 日生	男・女
住所：		
診断名		
現症	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。)

<p>1 体幹の機能障害</p> <p>(1) 座位の保持</p> <p>ア 60分程度ならば可能である。</p> <p>イ 90分程度ならば可能である。</p> <p>ウ 120分程度ならば可能である。</p> <p>エ その他()</p> <p>(2) 受験可能な姿勢</p> <p>ア 仰臥位 イ 座位</p> <p>ウ 腹臥位</p> <p>エ その他()</p>	<p>2 歩行の状況</p> <p>(1) 困難</p> <p>(2) 著しく困難</p> <p>(3) 歩行不可</p> <p>(4) 車いす使用</p> <p>(5) その他</p> <p>3 付添人</p> <p>(1) 要</p> <p>(2) 不要</p>
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称</p> <p>所在地</p> <p>診療担当科目 科 医師氏名 印</p>	

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