

## 意見書作成のお願い

障がいのある学生が修学上の合理的配慮を希望した場合、学生にとってどのような配慮が有効か、また、その配慮が妥当かを判断する材料として根拠資料が必要となります。根拠資料は、障がい者手帳の種別・等級・区分認定、診断書、医療所見、心理検査等の結果等様々ありますが、いずれも、機能障がいの状況と必要な配慮との関連が確認できることがポイントとなります。

精神障がいのある学生の場合は、状態像や症状等について、特に、合理的配慮内容の検討に関わると考えられる症状等について医師の方に作成いただいた所見（意見書）を根拠資料として検討を進めたいと考えております。つきましては、裏面の様式にて情報提供およびご意見をいただければと存じます。

高等教育機関においては、授業・実習への参加、課題提出、試験などは必須であり、これらは学生の果たすべき義務でもあります。本意見書は、障がいのある学生が、障がいにより不利益を被ることなく、これらの義務を果たすために、配慮を検討するためのものですが、障がいによって修学が阻害されないようご協力のほどどうぞよろしくお願い致します。

なお、必要に応じて本学医学部附属病院の医師の診察を求め、状況について確認させていただくことがあることについて、ご了承いただければ幸いです。

---

杏林大学      医学部  
保健学部  
総合政策学部  
外国語学部

# 主治医意見書

|                                                                                                              |                      |                                          |                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| *学生氏名:                                                                                                       |                      | *生年月日:          年          月          日生 |                                          |
| *診断名(状態像は不可):                                                                                                |                      | *ICD コード:                                |                                          |
| *初診日:          年          月          日                                                                       |                      | *推定発病時期:          年          月頃          |                                          |
| 通院頻度(概ね):          回/          週間          ・          カ月          ・          年                               |                      |                                          |                                          |
| *現在の処方(処方箋添付でも可):                                                                                            |                      |                                          |                                          |
| *障がい者手帳の有無: 1. 精神          有 (          級) ・          無          2. 身体          有 (          級) ・          無 |                      |                                          |                                          |
| *現在の病状、状態像等について(特に合理的配慮内容の検討に関わるものについて)該当する項目を○で囲んでください。                                                     |                      |                                          |                                          |
| 抑うつ状態                                                                                                        | 1. 抑うつ気分             | 2. 思考・運動抑制                               | 3. 意欲低下          4. その他(          )      |
| 躁状態                                                                                                          | 1. 行為心迫              | 2. 多弁                                    | 3. 感情高揚・易刺激性          4. その他(          ) |
| 幻覚妄想状態                                                                                                       | 1. 幻覚(幻聴・その他)        | 2. 妄想                                    | 3. その他(まともなさ等          )                 |
| 統合失調症残遺状態                                                                                                    | 1. 自閉                | 2. 感情の平板化                                | 3. 意欲の減退          4. その他(          )     |
| 情動及び行動の障害                                                                                                    | 1. 爆発性               | 2. 易怒性                                   | 3. 気分変動          4. 暴力・迷惑行為              |
|                                                                                                              | 5. 回避性               | 6. 常同行為                                  | 7. チック・汚言          4. その他(          )    |
| 不安及び不穏状態                                                                                                     | 1. 強度の不安・恐怖感         | 2. 強迫症状                                  | 3. 心気症状          4. パニック発作               |
|                                                                                                              | 5. 心的外傷に関連する症状       | 6. 解離・転換症状                               | 7. その他(          )                       |
| 摂食行動の問題                                                                                                      | 1. 拒食                | 2. 過食                                    | 3. 排出行為(自己誘発性嘔吐、下剤乱用)                    |
| 睡眠の状態                                                                                                        | 1. 入眠困難              | 2. 中途覚醒                                  | 3. 早期覚醒          4. 過眠                   |
|                                                                                                              | 5. その他(          )   |                                          |                                          |
| 知能、学習等の障害                                                                                                    | 1. 知的障害              | 2. 学習の困難: 読み・書き・聞く・話す・算数                 | 3. 遂行機能障害                                |
| 自殺念慮                                                                                                         | 1. 自殺念慮              | 2. 自殺企図                                  | 3. その他(          )                       |
| 自閉スペクトラム症関連障害                                                                                                | 1. 相互的な社会関係の質的障害     |                                          | 2. コミュニケーションのパターンにおける質的障害                |
|                                                                                                              | 3. 限定した常同的で反復的な関心と活動 |                                          | 4. その他(          )                       |
| 注意欠如多動症関連症状                                                                                                  | 1. 不注意               | 2. 多動                                    | 3. 衝動性          4. その他(          )       |
| その他                                                                                                          |                      |                                          |                                          |
| 合理的配慮が必要な点、そして検討に際して考慮すべき症状や理由などについて具体的にご記入下さい。                                                              |                      |                                          |                                          |
| <div style="height: 100px;"></div>                                                                           |                      |                                          |                                          |
| 以上の通りに診断します。                                                                                                 |                      | 年          月          日                  |                                          |
| *医療機関名:                                                                                                      |                      |                                          |                                          |
| *電話番号:                                                                                                       |                      | 主治医師名:          (自筆)                     |                                          |

恐れ入りますが\*の項目は必ずご記載下さい