

介護支援専門員実務研修受講試験
身体障がい者等受験特別措置申請書

整 理 番 号	氏 名	生 年 月 日	性 別
※		昭和 平成 年 月 日生	男 ・ 女 ・ 回答しない

該当する事項の欄の「該当する」の文字を一つだけ囲むこと										
身体障がい の程度	視覚障がい			聴覚障がい		肢体不自由			病弱者等	障がい等 を併せも つ者
	障がいの 程度にか かわらず 日常生活 で点字を 使用して いる者	強度の弱 視者で、 良い方の 目の矯正 視力が、 0.15未満 の者	左記以外 の視覚障 がい者	両耳の 平均聴力 レベルが 100デシ ベル以上 の者	左記以外 の聴覚障 がい者	体幹の機能 障がいによ り座位を保 つことがで きない者又 は困難な者	上肢の機能 障がいによ り筆記をす ることがで きない者又 は困難な者	下肢の機能 障がいによ り歩行をす ることがで きない者又 は困難な者	左記以外 の肢体不 自由者 (左記障 がいの重 複を含 む。)	慢性の胸部、心 臓、腎臓疾患等 の状態が6月以 上の医療・生活 規制を必要とす る者又はこれに 準ずる者
	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する
この欄に、症状及び日常生活での状況などを詳しく記入すること。										
・ 身体障がい者手帳交付番号： ・ 交付年月日： ・ 障がい名： ・ 等 級： 級										

受験に際して希望する措置	希望する事項の欄の「希望する」の文字をすべて囲むこと										
	視 覚 障 がい									聴覚障がい	
	点字による解答 (別室)	文字による解答 (別室)	試験時間の延長 (1.3倍)	拡大文字問題冊子の配布	録音テープ等試験問題の併用		拡大鏡等の持参使用	窓側の明るい座席を指定	照明器具の準備	手話通訳者の付与	注意事項等の文書による伝達
					視覚障がい者用CD読書機の持参使用	CD再生機の持参使用					
	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する
	聴覚障がい		肢 体 不 自 由 者 ・ 病 弱 者 等								
	座席を前列に指定	補聴器の持参使用	チェックによる解答 (別室)	試験時間の延長 (1.3倍)	試験室における介助者の付与	別室の設定	試験室を1階に設定	洋式トイレに近接する試験室に指定	特製機の持参使用	特製機の試験会場での準備	車いすの持参使用
希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	
肢体不自由・病弱者等			その他(その他の場合には、この欄に希望する措置事項を記入すること。)								
試験室入口までの付き添い者の同伴	試験会場への乗用車での入構										
希望する	希望する										

受 験 者 の 現 住 所 ・ 連 絡 電 話 番 号	〒 一 連絡電話番号() 一	記 入 者 名	
--------------------------------	--------------------	---------	--

※都道府県記入欄

診断・意見書(視覚障がい関係)

氏名：		昭和・平成	年	月	日生	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がい(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。 令和 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						

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記入してください。

診断・意見書(聴覚障がい関係)

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></tr><tr><td>左</td></tr></table>								右	左	
右											
左											
症	(2) 障がいの種類										
	<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) 聴力以外の障がい・その他参考となる経過・現症											
上記のとおり診断する。											
病院又は診療所の名称				令和	年	月	日				
所在地											
診療担当科目				科	医師氏名						

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記入してください。

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：					
診断名					
現症	体幹の機能障がい(特に座位保持能力等)、上肢の機能障がい(特に筆記能力等)その他参考となる経過・現症				

参考事項(該当する項目を○で囲んでください。)

1 体幹の機能障がい (1) 座位の保持 ア 60分程度ならば可能である。 イ 90分程度ならば可能である。 ウ 120分程度ならば可能である。 エ その他() (2) 受験可能な姿勢 ア 仰臥位 イ 座位 ウ 腹臥位 エ その他()	2 上肢の機能障がい (1) 著しい障がい 握る、摘む、なでる(手、指先の機能)、 ものを持ち上げる、運ぶ、投げる、押す、 引っ張る(腕の機能)等に著しい障がいがある。 (2) 軽度の障がいがある。 ア 精密な運動ができない。 イ 10kg以内のものしか下げることができない。
上記のとおり診断する。	
令和 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

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記入してください。

(注) 「著しい障がい」とは、「機能障がいのある上肢では、5kg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。)」,「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。

診断・意見書(胸部、心臓、腎臓疾患等関係)

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(該当する項目を○で囲んでください。)

1 体幹の機能障がい (1) 座位の保持 ア 60分程度ならば可能である。 イ 90分程度ならば可能である。 ウ 120分程度ならば可能である。 エ その他() (2) 受験可能な姿勢 ア 仰臥位 イ 座位 ウ 腹臥位 エ その他()	2 歩行の状況 ア 困難 イ 著しく困難 ウ 歩行不可 エ 車いす使用 オ その他 3 付添人 ア 要 イ 不要
上記のとおり診断する。 令和 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	

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記入してください。