

<1/2>

氏 名	フリガナ		西暦		年	月	日生
住 所	〒						
診断名	主診断名						
	合併 診断名						
現 症	記入について	・「チェック解答」、「試験時間延長」、「別室の設定」を必要とする場合は、その理由を記入してください。なお、「別室の設定」において、特に個室（試験室に受験者 1 名）を必要とする場合は、その明確な理由についても併せて記入してください。 ・「読み」「書き」等における配慮等及びその必要性を、できるだけ具体的に記入してください（記入しきれない場合は、裏面に記入してください）。					
	希望する <u>全ての受験上の配慮事項について、それぞれ必要とする具体的な理由を</u> 、必ず記入してください（記入欄が足りない場合は、裏面に記入してください）。						
心理・認知 検査や行動 評定等	記入について	・複数の検査等を記入する場合は、裏面に記入してください。 ・試験時間延長を必要とする場合「心理・認知検査や行動評定等」以外に、その必要性を示した客観的な資料があれば添付してください。					
	名称： 測定日：西暦 年 月 日（測定日は、原則として申請時の 3 年以内とする。）						
上記のとおり診断する。 西暦 年 月 日 医師の氏名 印 （診療科名 ） 医師の勤務先 所在地・電話番号							

2026年度明治大学一般選抜 受験上の配慮診断書（発達障がい関係） <2/2>

（現症記入欄）

（心理・認知検査や行動評定等記入欄）

名称：

測定日：西暦 年 月 日