**合理的配慮に係る主治医意見書**

札幌大学　アクセシビリティ支援委員会

様式4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １　氏名等 | ふりがな | | 生年月日 |
| 氏名 | | 年　　月　　日(　　　歳) |
| ２　診断名  ICD(国際疾病分類)  に基づいた診断名 | 診断名 |  | |
| 最終診察日 | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| ３　障害・症状  及び治療に  ついて　等 | 現在の  障害・病気の状態 | (具体的に) | |
| 服薬の有無  及び  服薬内容 | （　有　・　無　） | |
| 通院頻度 |  | |
| ４　配慮内容 | 必要な  配慮内容 | (具体的に) | |
| 今回配慮が見込まれる期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 | |
| ５　その他  特記すべ  き事項 |  | | |

以上の通り意見を述べる。

　年　　　月　　　日

医療機関名

医師名