**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