年　　　　月　　　　日

支援相談票（在学生用）

１．各項目に記入または✔をしてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男 ・ 女 | 年齢 | 歳 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 住所 | 〒 |  |  |
| 電話番号 | 自宅 |  | 携帯 |  |
| E-mail |  | ＠ |  |
| 学籍番号 |  | 学年 |  |
| 学部 | * 大学院
 | 学科専攻コース | 人間科学研究科　□　人間科学コース　　□　臨床心理学コース |
| * 文学部
 | □　日本語・日本文学科□　英語学科□　英語メディア学科□　アジア文化学科 |
| * 人間科学部
 | □　心理・社会福祉専攻　発達臨床心理コース□　心理・社会福祉専攻　社会福祉コース□　初等教育・保育専攻　初等教育コース□　初等教育・保育専攻　幼児保育コース |
| * 現代社会学部
 | * 現代社会学科
 |
| * その他
 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 障がいの種類 | 該当 | 医師の診断 | 障害者手帳（ある場合） | 介助の必要性（必要な場面　例：食事） |
| 種類 | 等級 |
| 視覚障害 | 　盲 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 弱視 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 聴覚・言語障害 | 　聾 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 難聴 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 言語障害 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 肢体不自由 | 上肢機能障害 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 下肢機能障害 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 上下肢機能障害 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 他の機能障害 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 障害の種類 | 該当 | 病名 | 医師の診断 | 障害者手帳（ある場合） | 介助の必要性（必要な場面　例：食事） |
| 種類 | 等級 |
| 精神障害 | □ |  | □ |  |  | □（　　　　　　　　　　） |
| □ |  | □ |  |  | □（　　　　　　　　　　） |
| 発達障害 | □ |  | □ |  |  | □（　　　　　　　　　　） |
| □ |  | □ |  |  | □（　　　　　　　　　　） |
| 病弱・虚弱 | □ | - | □ |  |  | □（　　　　　　　　　　） |
| その他 | □ |  | □ |  |  | □（　　　　　　　　　　） |

２．次の各項目に、あなたが現時点で必要だと感じている具体的な支援内容があればご記入ください。

|  |
| --- |
| 通学時（例：スクールバス乗降時に補助してほしい。） |
|  |
| 受講時・定期試験時（例：ノートテイクをつけてほしい。　別室での受験を認めてほしい。） |
|  |
| 学生生活（例：ヘルパーの入講を認めてほしい。） |
|  |
| 進路支援（例：障がい者雇用についての情報を点字で示してほしい。） |
|  |
| その他伝えたいことがあれば記入してください。 |
|  |

３．後日、今後のあなたに対する支援内容について面談をします。希望日時をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第一希望 | 月　　　　　日 | 時　　　　　分～　　　時　　　　分 |
| 第二希望 | 月　　　　　日 | 時　　　　　分～　　　時　　　　分 |
| 第三希望 | 月　　　　　日 | 時　　　　　分～　　　時　　　　分 |