

診 断 書

(上 肢 障 害 関 係)

氏 名		生年月日	年	月	日生	性 別	
						男	女
住 所							
診 断 名	○脳性麻痺の場合は生理学的病型等，また脊髄損傷の場合は損傷高位等も記入してください。						
現 症	<p>○体幹の機能障害（特に座位保持能力等），上肢の機能障害（書字能力等），合併症その他参考となる経過・現症（※障害の発生した年齢（先天性の場合は0歳） 歳 か月）</p> <p>○司法試験予備試験実施日（短答式試験：令和3年5月16日，論文式試験：同年7月10日・11日，口述試験：同年10月23日・24日）までの回復見込みについて</p>						
<p>医師又は理学療法士・作業療法士の評価・所見（必ず記入してください。） （該当する項目の記号を○で囲み，必要事項を記入してください。）</p> <p>1 書字・読みに関する運動・動作</p> <p>(1) 書字・読みにおける姿勢は</p> <p>ア 主に座位である</p> <p>イ 主に臥位である</p> <p>ウ その他（ ）</p> <p>(2) 書字に用いる部位等は</p> <p>ア 主に手指である</p> <p>イ 主に口である</p> <p>ウ 書字不可</p> <p>エ その他（ ）</p> <p>(3) 座位の保持は</p> <p>ア 時間程度ならば可能である</p> <p>イ その他（ ）</p> <p>(4) ページめくりを行う部位等は</p> <p>ア 主に手指である</p> <p>イ その他（ ）</p> <p>(5) マークシートの塗りつぶしに要する時間は</p> <p>ア ほぼ健常者と変わらない</p> <p>イ 健常者より長くなる（ ） といった理由（根拠）から健常者の約 倍の時間を要する</p> <p>ウ 塗りつぶし不可</p> <p>エ その他（ ）</p>							

