

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	○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）  ○司法試験実施日（令和8年7月15日）までの回復見込みについて					
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。）						
1 パソコン操作に関する運動・動作						
(1) パソコン操作に用いる部位等は ア 手指である イ 手指によるパソコンの操作は不能である ウ その他（ ）						
(2) パソコンを使用して文章を作成するのに要する時間は ア 健常者がパソコンを使用して文章を作成するのに要する時間とほぼ変わらない イ 健常者がパソコンを使用して文章を作成するのに要する時間より長くなる 【程度】健常者の約_____倍の時間を要する 【理由】 〔 〕						
(3) パソコン操作における姿勢は ア 主に座位である イ 主に臥位である ウ その他（ ）						
(4) 座位の保持は ア _____時間程度ならば可能である イ その他（ ）						

2 パソコンではなく書字による答案作成が必要と考えられる場合のみ記入してください。

(1) パソコンではなく書字による答案作成が必要と考えられる理由

[ ]

(2) 書字に用いる部位等は

ア 主に手指である

イ 主に口である

ウ その他 ( )

(3) 書字に要する時間は

ア 健常者とほぼ変わらない

イ 健常者より長くなる

【程度】健常者の約 \_\_\_\_\_ 倍の時間を要する

【理由】

[ ]

3 上記の評価・所見を行うに当たって実施した具体的な測定や検証の有無について ( 有 ・ 無 )  
有の場合はその内容、方法等

[ ]

(注) 具体的な測定や検証を実施した場合で疎明資料があれば添付してください。

4 パソコン操作に関して、必要と考えられる措置等があれば具体的に記載してください。

以上のとおり診断する。

令和      年      月      日

医師の氏名 (診療科名 )

医師の勤務先

所在地・電話番号

【お願い】 この「診断書」は、司法試験において、受験者の希望する受験特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的に記入してください。