

新司法試験身体障害者等受験特別措置申請書

平成 年 月 日

司法試験委員会 御中

ふりがな 氏名	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	性別	
						男	女
住所	電話番号	自宅 携帯 その他()					
	e-mail						

身体障害者手帳の交付を受けている方は、下欄に必要事項を記入してください

交付年月日	年 月 日	障害の等級	
-------	-------	-------	--

障害名	
-----	--

区分	障害の程度（該当する事項の右空欄に 印を記入して下さい）	該当の有無
----	------------------------------	-------

視 覚	両眼の視力（万国式視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。）の和が0.04以下の者	
	両眼の視野が10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が95%以上の者	
障 害	良い方の眼の視力が0.15以下の者	
	両眼の視野が10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が90%以上の者	
害	一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.60以下の者	
	上記区分以外の視覚障害を有する者	
肢 体 障 害	体幹又は上肢の機能障害を有する者で、筆記による解答が不可能な上に、発音に障害を有するため、意思伝達に著しく時間を要するもの	
	体幹又は上肢の機能障害を有する者で、筆記による解答が不可能なもの	
	体幹又は上肢の機能障害を有する者で、健常者に比し筆記速度が著しく遅いもの	
	体幹又は上肢の機能障害を有する者で、指定した方法による解答が困難なもの	

聴覚に障害を有する者	
------------	--

その他傷病等（次の欄に具体的な傷病名を記載してください）	
------------------------------	--

この欄には、該当する事項が「その他傷病等」の場合又は他に補足すべき事項がある場合には、その症状等を具体的に記入してください

区 分	受 験 に 際 し て 希 望 す る 措 置 (希望する措置の右空欄に 印を記入し，必要事項を記入してください)	希望の有無
視 覚 障 害 に 該 当 す る 者	出題方法（ ， の併用も可） パソコン用電子データによる出題（パソコンは持参する） 点字による出題	の方式 ----- の方式
	解答方法（ ， のどちらかを選択してください） パソコンを使用した答案作成（パソコンは持参する） 点字による答案作成	の方式 ----- の方式
	点字作成器具の持参使用（具体的な器具名を記載してください） 【器具名】 }	
	ラインマーカーの代用としてのセロテープ，付せん，クリップ等の持参使用 （点字使用者のみ）	
	電子データによる新司法試験用法令集の持参使用【論文式試験についてのみ】 に該当する受験者全員	
又 は に 該 当 す る 者	試験時間の延長	

区 分		受 験 に 際 し て 希 望 す る 措 置 (希望する措置の右空欄に 印を記入し, 必要事項を記入してください)	希望の有無
視 覚 障 害	～ のい ずれかに該 当する者	文字式解答【短答式試験についてのみ】(, のどちらかを選択してください) 通常のマークシート用紙の選択肢の欄に , √などの印をチェックする方式 文字式解答専用の答案用紙に算用数字で選択肢の番号を記入する方式	の方式 ----- の方式
		拡大問題集の配布(拡大率について, 特別に要望がある場合, 記載してください) 【拡大率について】	
		拡大答案用紙の配布(拡大率について, 特別に要望がある場合, 記載してください) 【拡大率について】	
		拡大読書器の持参使用	
		拡大鏡の持参使用	
		照明器具の持参使用	
		窓側(明るい席)への配席	
肢 体 障 害	又は に 該当する者	解答方法(, のどちらかを選択してください) パソコンを使用した答案作成(パソコンは持参する) 代筆者を介しての答案作成(代筆者は委員会で配置)	の方式 ----- の方式
		使用するパソコンの機種及びソフト等(を選択した者のみ括弧内に必要事項を記入してください) パソコンの機種名 プリンタの機種名 パソコンにフロッピーディスクドライブがない場合, 外付けフロッピーディスクドライブの機種名 オペレーティング・システム(パソコンを動かすための基本的なソフト) ワープロソフト 表計算ソフト 日本語入力ソフト	
		介助者の配置	

区 分		受 験 に 際 し て 希 望 す る 措 置 (希望する措置の右空欄に 印を記入し、必要事項を記入してください)	希望の有無
肢 体 障 害	～ に該 当する者	試験時間の延長(ただし、区分が肢体障害 の者で、代筆者の配置を希望した者を 除く)	
	又は に 該当する者	拡大答案用紙の配布(拡大率について、特別に要望がある場合、記載してください) 【拡大率について】	
		文字式解答【短答式試験についてのみ】(, のどちらかを選択してください) 通常のマークシート用紙の選択肢の欄に , √などの印をチェックする方式 文字式解答専用の答案用紙に算用数字で選択肢の番号を記入する方式	の方式 ----- の方式
		短答式試験の答案用紙等のマークシート用紙に記入する際のペン又はボールペンの 使用	
～ 共通	床に座す、横臥しての受験		
	脚が伸ばせる配席		
	車いす受験		
聴 覚 障 害	注意事項等の文書による伝達		
	座席を前列に配席		
	補聴器の持参使用(補聴器の種類・形状が特定できる書面〔使用説明書又はカタログ 等の写しで可〕を本書に添付してください。なお、電波受信機能〔FM式等〕を 利用した補聴器は使用できません。)		
障害の区分なし	小型機及びいすの持参使用		
	1階又はエレベーターのある試験室への配席		
	試験室の出入口付近への配席		
	トイレに近い試験室への配席		
	試験時間内の薬物投与		
	試験室入退出時の付添人の同伴(同伴が必要な理由を記載してください。) 【理 由】		
	自動車の試験場構内への乗り入れ及び駐車 (車種及び車両番号等を記載してください。) 【車種・色】 【車両番号】		
その他の希望措置(記載事項以外で、希望する措置があれば記載してください。)			

本書は、受験特別措置申請者本人が記載してください(代筆可)。

法科大学院における特別措置の状況について

ふりがな 氏名		生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	性別	
							男	女
在学 期間	平成 年 月 から平成 年 月 まで (見込み)							

該当する項目をチェックし、必要事項を記入してください。

- 1 定期試験等における試験時間は、
 健常者と同一の試験時間で実施している。
 健常者の試験時間の約()倍で実施している。
- 2 書字に要する時間は、
 ほぼ健常者と変わらない。
 健常者の筆記時間に比し、約()倍程度長くかかる。
 その他()
- 3 読みに要する時間は、
 ほぼ健常者と変わらない。
 健常者の読字時間に比し、約()倍程度長くかかる。
 その他()
- 4 定期試験等において、答案用紙に解答するに当たっては、
 代筆によって解答している。
 受験者と代筆者との関係()
 特殊な装置又は機器(音声出力による意思伝達装置、パーソナルコンピュータ等)を使用している。
 使用機器名()
 補助具名等()
 その他()
- 5 言語による意思の疎通は、
 一般の教員でも可能である。
 養護学校の教諭等であれば可能である。
 その他()

学内試験等の際に講じられている特別措置の内容を，できるだけ詳しく記入してください。

上記のとおり特別措置の状況等を報告する。

平成 年 月 日

法科大学院の名称及び所在地

記載責任者の職氏名

④

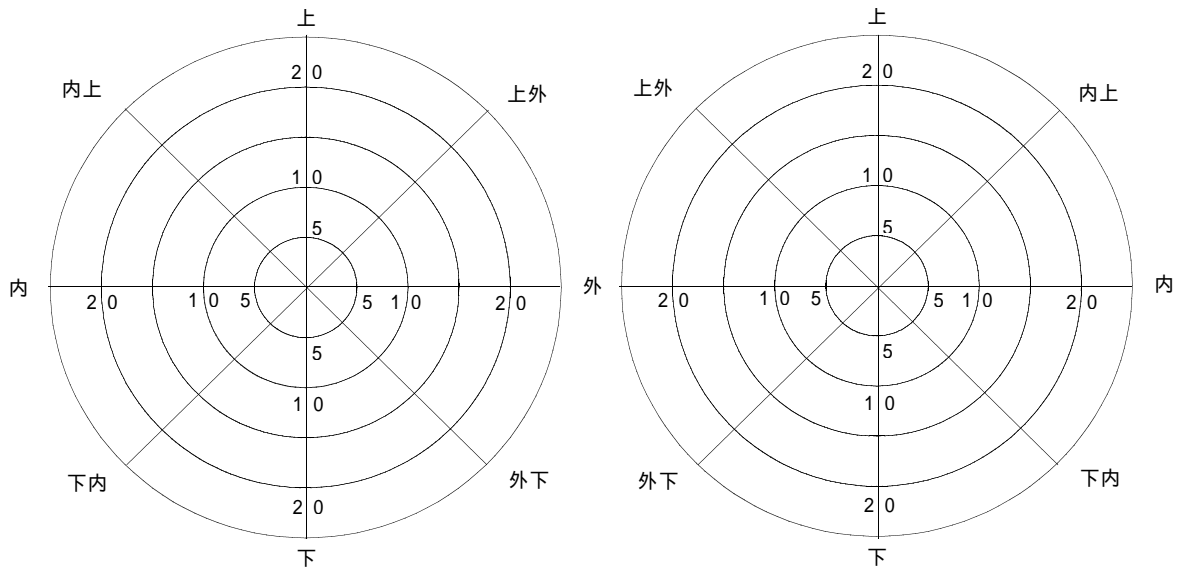
本書は，法科大学院において記載してください。

診 断 書 (視 覚 障 害 関 係)

氏 名		生年月日	大正 昭和 年 月 日生 平成			性 別	
			男	女			
住 所							
診 断 名							
現 症	視 力						
	右	(x	D Cyl	D Ax)	
左	(x	D Cyl	D Ax)		

視野障害により試験時間延長を希望する者の現症

中 心 視 野



右	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計	視能率	損失率
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	(÷ 560 × 100)	(100 -)

左	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計	視能率	損失率
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	(÷ 560 × 100)	(100 -)

$$\frac{(\text{と のうち大きい方}) + (\text{と のうち小さい方}) \times 3}{4}$$

両眼の損失率
%

視力，視野以外の視機能障害（眼球震盪，近距離視力等），その他参考となる経過・現症

以上のとおり診断する。

平成 年 月 日

医師の氏名 ⑩（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。

診 断 書 (上 肢 障 害 関 係)

氏 名		生年月日	大正 昭和 年 月 日生 平成	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（記入しきれない場合は，裏面に記入してください。） 障害の発生した年齢（先天性の場合は0歳） 歳 か月				

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 書字・読みに関する運動・動作

(1) 書字に・読みにおける姿勢は

ア 主に座位である

イ 主に臥位である

ウ その他 ()

(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) 座位の保持は

ア 4時間程度ならば可能である

イ その他 ()

(4) ページめくりを行う部位等は

ア 主に手指である

イ その他 ()

(5) 書字に要する時間は

ア ほぼ健常者と変わらない

イ 健常者より長くかかる (健常者の約 倍の時間を要する)

ウ その他 ()

2 書字・読みに関して、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。

(現症追加記入欄)

以上のとおり診断する。

平成 年 月 日

医師の氏名 ⑩ (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。