身体等の状況連絡票　部外秘

※ 学 籍 番 号

年　　月　　日 現在

2027年度　武蔵野美術大学 造形学部通信教育課程　＊裏面の注意事項をお読みください。

氏名	フリガナ		性別	生　年　月　日
	（姓）	（名）	男 女 その他	西暦 年　月　日 （昭・平　年）
現住所 （都道府県、アパート・マンション名・部屋番号もすべて記入してください）	（〒　－　）			継続登録の場合、 前年度からの住所等の変更 □あり　□なし
電話番号	TEL　（　）		携帯電話　（　）	
メールアドレス				
心身の状況について不安な点 （スクーリング受講時等）				

疾患・障害等の種類	◯ 運動機能障害	◯ 上肢麻痺のみ（右・左・両） ◯ 下肢麻痺のみ（右・左・両） ◯ 四肢麻痺 • 着席（可・不可）• 利き手（右・左・両） • 着席による静止状態（可・不可） • 歩行（移動）：自立歩行可（補装具　無・杖・クラッチ） 車椅子（手動・電動）→ 介護（不要・必要） 階段の昇降（可・不可） • 食事（自分で可能・介助必要） • 排泄（自分で可能・介助必要）
	◯ 視覚機能障害	◯ 軽度弱視　◯ 強度弱視　◯ その他（　）
	◯ 聴覚機能障害	◯ 軽度難聴　◯ 中度難聴　◯ 高度難聴　◯ 聾に近い難聴 ◯ その他（　） • 補聴器（無・使用） • コミュニケーション手段（手話・口話・筆談）
	◯ 言語機能障害	聞いている立場の人間が、 ◯ やや聞き取りにくいが意味は分かる ◯ 聞き取り困難 ◯ その他（　）
	◯ その他 病名 （　） （医師による診断・疑い／自己判断） 診断（判断）時期 （　年　月頃）	◯ 他人の視線が気になる ◯ 知覚過敏がある（視・聴・嗅・触） ◯ 長時間集中して授業を受けることが困難である ◯ コミュニケーションに支障をきたしやすい。または極度に苦手である ◯ 口頭で言われたことの理解が難しい ◯ 発作をたびたび起こす（具体的に　） ◯ その他（　）

障害者手帳 （お持ちの方はコピーを添付してください）	種類 種　級
自己管理	（内臓機能障害・神経系の障害・難病で） ◯ 十分可能　◯ 時々不可能な時あり　◯ 管理不可能な時が多い
服薬・通院	◯ 状況に応じて服薬　◯ 常時服薬（定期的） 通院中（月・週　日）　通院科名（　科）　初受診（　年　ヶ月前）　透析中（週　回）

●該当する項目を○で囲むか、◯に該当する場合は☑をしてください。
●現状の詳細とスクーリングの際に希望する配慮については、裏面に記入してください。

武蔵野美術大学 造形学部通信教育課程

※ 学 籍 番 号

氏 名	

現況 および 連絡欄 例：学校や職場等でこれまでに受けたことのある配慮内容。体調が不安定な場合、悪くなる要因の有無、予兆や予感の有無、季節・時間帯などの傾向。スクーリング受講時の通学方法（予定）や不安要素など。	可能な範囲で詳しく記入してください。 ベッドでの休養が必要となる可能性（　有・無　）
希望する 配慮	可能な範囲で詳しく記入してください。
スクーリング 受講時の 緊急連絡先	氏　名　　（本人との関係等　　） （〒　　－　　）　TEL　　（　　） 住　所

本人以外が記入した場合は、以下に署名・捺印・本人との関係・資格（医師など）を記入してください。

記載者 氏名	㊞	本人との 関係・資格	

注意事項

1. スクーリング受講時の緊急連絡先は、連絡が必要な場合に来校可能な方を記入してください。
2. 記入された住所・氏名・身体状況等の個人情報は、「学校法人武蔵野美術大学個人情報保護規則」並びに「通信教育課程個人情報保護取扱要領」に則り、通信授業・面接授業およびメディア授業を円滑に運営するために使用します。また、入学後の配慮等は大学から相談させていただく場合の資料および入学後の修学に関する資料として使用します。
   個人情報がその他の目的に使用されることは一切ありません。
3. 可能な限り配慮を行いますが、障害の状態により、ご希望にそえない場合もあります。

武蔵野美術大学 造形学部通信教育課程