年　　月　　日

学生番号：　　　　　　　　　　　　　　　名前：

（別表2）「ガイドライン第5項」

|  |
| --- |
| 利用登録確認項目リスト |
| チェック欄 | 確認事項 |
|   | 障害者手帳の所持　［　　］級 |
|   | 精神保健福祉手帳の所持　［　　］級 |
|   | 療育手帳（愛の手帳）の所持　［　　］級 |
|   |
|   | 医療機関・医療従事者からの証明書がある |
|   | 福祉窓口等から障害の状態を示す文書がある |
|   | 学校・教師から障害の状態を示す文書がある |
|   | 職場から障害の状態を示す文書がある |
|   |
|   | 学校における特別支援を受けているか受けていた |
|   | 福祉サービスを受けている |
|   | ボランティアのサポートを受けている |
|   | 家族やヘルパーに文書類を読んでもらっている |
|   |
|   | 活字をそのままの大きさでは読めない |
|   | 活字を長時間集中して読むことができない |
|   | 目で読んでも内容が分からない，あるいは内容を記憶できない |
|   | 身体の病臥状態やまひ等により，資料を持ったりページをめくったりできない |
|   | その他，原本をそのままの形では利用できない |

（障害の種類）視覚，聴覚，平衡，音声，言語，咀嚼，上肢，下肢，体幹，運動-上肢，運動-移動，心臓，腎臓，呼吸器，膀胱，直腸，小腸，免疫

図書館事務室

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| データ登録 | 確認者 | 受付者 |
|  |  |  |