

Administration Purposes Only

Form received:

__ / __ / ____

Month Day Year

Received by: _____

**LAKELAND
UNIVERSITY
JAPAN****Verification of Disability For Students at Lakeland University
障害証明書****For the Medical Doctor / Clinical or Counseling Psychologist
担当主治医用**This application form should be completed by your doctor. It should be accompanied by a document, titled,
Application For Disability Services.

Date: __ / __ / ____

Month Day Year

(Student's Name)_____
(Student Number)

is a patient of yours who attends or plans to attend Lakeland University. This student has indicated to the University that he or she has been diagnosed with a disability that substantially interferes with a major life function and plans to request accommodations to equalize his or her educational abilities at the post-secondary level.

The Lakeland University Accommodations Review Committee will use the information you provide, along with other relevant information, to consider this student's request for educational accommodations. The information you provide is critical to processing your patient's request for educational accommodations. If you have any questions about the information requested or how the information will be used, please contact the **Dean, Charles Laurier** at Lakeland University Japan.

障害証明書ご記入のお願い

本学では学生が大学生活を送る上で大きな支障をきたす障害を持つと診断された学生を特別に支援しています。この特別支援を受けるためには、当該学生がその旨を大学に報告し、大学教育上で必要な能力を補償するための配慮を大学に申請します。同時に担当の主治医または主治医に指定された臨床心理カウンセラーから障害証明書および関連資料をレイクランド大学障害支援審査委員会(The Lakeland University Accommodations Review Committee)に提出いただき、その必要性が認められた場合は状況に応じた支援を行うというものです。つきましては、この証明書にご記入いただき、必要があれば関連資料とともにご提出ください。また添付の障害証明書以外のものをご使用される場合は、この項目内容に沿ってご記述ください。この情報は当学生の支援申請に極めて重要なものであり、説明が不十分な場合は審査委員会に取り上げる ことができない可能性もありますので、十分にご注意願います。

ご提供いただく情報は他の関連資料も含めレイクランド大学障害支援審査委員会が当学生の教育上 支援を行う目的にのみ使用され、法令に別段の定めのある場合を除き、本人の承諾なく第三者に開示・提供いたしません。

Thank you.

1. Diagnostic Information

1. Diagnosis: 診断(評価)内容

(If the diagnosis includes a learning disability or ADD/ADHD, provide relevant DSM-IV information.)

診断(評価)名:

(学習障害またはADD/ADHD が含まれる場合は DSM-IVにそって記入してください。)

2. Level of severity: (Check One) Mild Moderate Severe

障害の重症度: (Check One) 軽度 中度 重

3. Date of diagnosis: 診断(評価)した日付 _____

4. What procedures were used to assess/diagnose? (If the diagnosis is based upon test or assessment scores, provide them here. If the diagnosis is ADD/ADHD, please attach the physician's diagnostic report and any concurring psychiatric and psychological evaluations.) 診断(評価)にはどのような方法が使われましたか?(もし検査やアセスメントの点数に基づいているならばその点数を記入してください。ADD/ADHD の場合は医師の診断書およびその 他精神科、心理評価の報告書も添付してください。)

5. Describe the symptoms that meet the criteria for this diagnosis, along with the approximate date of onset: おおよその発症時期とこの診断(評価)基準に当てはまる症状についてご説明ください。

6. Does this student have other accompanying disabilities, such as depression, learning disabilities, obsessive-compulsive disorder, or other chronic medical condition that may affect this condition? (If yes, please attach relevant documentation of accompanying disabilities.) この学生にはうつ病、学習障害、脅迫神経障害、またはこれら疾患に影響する慢性の病気等その他の障害がありますか?もしある場合はそれらを説明する書類を添付してください。

2. Educational Information 学習能力について

1. Describe the student's functional limitations in an educational setting: この学生の大学環境での学習に関してその機能的限界についてご説明ください。

2. What measures were used to assess current educational functioning? 現時点での学習機能について、評価をご説明ください。

3. Have you any recommendations to make regarding effective academic accommodations to equalize this student's educational opportunities at the post-secondary level? (Please describe your recommendations for services/accommodations in exam administration, or in-class accommodations.) この学生の大学レベルでの教育的機会を支援するにあたり何かご提案やアドバイスなどがありましたらお知らせください。(試験時間の延長、教室内での便宜など)

3. Other Information その他

In addition to the diagnostic report, please attach other information relevant to this student's academic adjustment. 診断(評価)書のほかにこの学生の学習適応についてその他情報があれば添付してください。

4. Certifying Authority 記入者

Date:

Signature: _____

Address:住所

Print name and title:氏名(医師・カウンセラー) 職名

Phone:電話:

Fax:

License: _____