

## 診断書・意見書

学生氏名 \_\_\_\_\_ (性別 \_\_\_\_\_)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生まれ ( \_\_\_\_\_ 歳)

診断名 \_\_\_\_\_

初診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

現在の処方

学生生活を維持するために必要な支援についてご意見をご記入ください。必要に応じて、大学からご連絡させていただく場合があります。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

主治医氏名

⑩

上記の内容について、主治医と日本大学学生支援室が情報共有することに同意します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人署名 \_\_\_\_\_ ⑩

保護者署名 (未成年の場合) \_\_\_\_\_ ⑩