

主治医様

長崎県立大学

診断書の記入について（ご依頼）

傷病により入院又は自宅療養を要した本学学生について、下記診断書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

【問い合わせ先】 佐世保校保健室 TEL：0956-47-2242

シーボルト校保健室 TEL : 095-813-5737

【医療機関証明欄】

診断書

氏 名		生年月日	年	月	日
初診年月日	年 月 日				
加療期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
上記のうち入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
診断名・状態など					
学業可否のご意見 *いずれかに☑をお願いします。 ☐ 今後の学業継続は可能である。 ☐ 今後、当面の学業継続は困難である。					
今後の治療継続の必要性 *いずれかに☑をお願いします。 ☐ 通院不要 ☐ 経過観察（週・月 回） ☐ 治療継続（週・月 回）					
疾病状況について（学業に影響を与える症状、薬の副作用等の可能性など） ☐ 特筆すべきことなし ☐ あり（ ）					
学業上の配慮に関するご意見 ☐ 特筆すべきことなし ☐ あり（ ）					

上記の通り診断する。

年 月 日

医療機関名

住所（所在地）

電話

醫師名

印