教務部所定書式

診　　断　　書

ふりがな	
学生氏名	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日

診　　断　　事　　項		
病　　名		
症　　状		
医師所見 ※ 該当欄に○印をつけてください。	発　症　日	平成　　年　　月　　日
	初　診　日	平成　　年　　月　　日
	1　入院加療中・またはこれから入院加療を必要とする 2　入院加療と同程度の加療を必要とする 3　上記には該当しないが、登校して試験を受けることはできない → 加療期間（　　月　　日 ～　　月　　日 ） 4　上記のいずれにも該当しない （　　）	
	備　考　欄	

診断の結果、上記のとおり証明する。

平成　　年　　月　　日

住　　所
医療機関名
医　師　名　　㊞

本学におきましては、当該学生が学期末試験を受験できる状態であったか判断するために必要な情報が記載されている診断書を必要とします。趣旨をご理解の上、この診断書、またはこれに準ずる診断書にご記入いただけますよう、お願いいたします。

成　蹊　大　学