

# 診療情報提供依頼書

担当医 御机下

武蔵野美術大学 学生生活チーム

〒187-8505

東京都小平市小川1-736

TEL 042-342-6028

武蔵野美術大学では、障害のある学生の申請に応じて個々の状態・特性等を考慮しつつ修学支援を行っており  
ます。より適切な支援の参考とさせていただきますので、診療情報をご提供くださいますよう、ご協力のほど  
よろしくお願ひいたします。

学生 記入欄	上記申請のため、情報提供文書の作成に同意いたします。			
	氏名 (署名)		学生 番号	
	学科	学科	生年 月日	年 月 日 ( 歳 )

## 【担当医ご記入】

診断名	医学的診断基準 (ICD-10またはDMS-5) に基づいた診断名 (確定診断がない場合にはそのことをお書きください)		
症状経過			
現在の治療			
生活や 学修場面に おける 留意点 / 配慮事項			
医療 機関名 ・ 連絡先	記入日	年	月 日
	担当医 氏名	印	