

医療機関の皆様へ

平素より大変お世話になっております。本状を持参した本学学生の診断および加療状況につき、下記にご回答いただきますようお願い申し上げます。

学生氏名： _____ TUid： _____ 該当学期： _____

(1) 当該学生の加療は貴方が行われましたか？ はい いいえ

(2) 診断名： _____

上記は慢性疾患ですか？ はい いいえ

(3) 加療開始日：(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 終了日(すでに終了している場合)：(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(4) 上記診断に基づき、下記において影響があったと判断されますか？

A. 教室での授業への出席 はい いいえ 不明

B. オンライン授業への参加 はい いいえ 不明

C. 授業におけるグループワーク・グループ課題 はい いいえ 不明

D. 授業における個人課題 はい いいえ 不明

E. 授業における討論・質疑応答への参加 はい いいえ 不明

F. 実習、インターンシップなどへの参加 はい いいえ 不明

G. 授業に係る小旅行、その他学外での活動 はい いいえ 不明

H. その他(詳細)： _____

(5) 加療に関し、大学からの継続的な欠席(入院、経過観察など)が必要と認められましたか？

はい いいえ (「はい」の場合) 期間： _____

回答者欄

精神科以外の医師 精神科医 心理士 その他 _____

氏名： _____ 電話番号： _____

医師番号： _____

加療機関所在地： _____

署名・捺印： _____ 日付： _____

ご協力いただき、誠に有難うございました。

復学申請用

医療機関の皆様へ

平素より大変お世話になっております。本状を持参した本学学生の復学にあたり、下記にご回答いただきますようお願い申し上げます。

学生氏名: _____ TUID: _____ 該当学期: _____

(1) 当該学生の加療は貴方が行われましたか? はい いいえ

(2) 診断名: _____

上記は慢性疾患ですか? はい いいえ

(3) 加療開始日: (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 終了日 (すでに終了している場合): (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(4) 加療に関し、大学からの継続的な欠席 (入院、経過観察など) が必要と認められましたか? はい いいえ

(「はい」の場合) 期間: _____

(5) 現時点において、次の条件で学生が**安全に**復学できると判断されますか?

(a) フルタイム学生 (通常 4-5 コース) はい いいえ

(b) パートタイム学生 (通常 1-3 コース) はい いいえ

(6a) 上記 5 にて「いいえ」と回答された場合、状況をご説明ください。

(6b) 上記 5 にて「はい」と回答された場合、次の支援を必要と認められますか?

A. カウンセリングの継続 はい いいえ 不明 (本学カウンセリングオフィス 03-5441-9889)

B. 障害に係る支援 はい いいえ 不明 (本学障害サポートサービス: tujdrs@tuj.temple.edu)

C. 授業に付随する身体活動の免除 はい いいえ 不明

D. その他履修計画や授業参加に係る支援 (該当しない場合は空欄): _____

回答者欄 精神科以外の医師 精神科医 心理士 その他 _____

氏名: _____ 電話番号: _____

医師番号: _____

加療機関所在地: _____

署名・捺印: _____ 日付: _____

Student acknowledgement: By signing below, I certify that I understand my doctor's recommendation. If I need accommodation, I should address my request to Disability Resources and Services .

Student signature: _____ Signature date: _____