

健康相談申請書

この申請書は大学生活において、自分自身についてあらかじめ知っておいてほしいことがある方や、何らかの支援・配慮を希望する方に申し出ていただくためのものです。入学前健康相談の機会等にあわせ、学生本人（または保証人）が記入して、学生保健支援センターに提出してください。

		記入日 (西暦)	年 月 日			
学部学科名称		学部		学科		
ふりがな		学 籍 番 号	生年月日(西暦)	携帯電話番号		
氏 名						
保証人連絡 先電話番号	携 帯 自 宅 電話番号 電話番号					
相談内容	※通院中の医療機関の有・無 医療機関名及び診断名： ※使用している補助器具（ ）					
障がいの名称既往症等 診断名がある場合は記入してください						
					身体障害者手帳 ・精神障害者保健福祉手帳 有 ・ 無	
					種	級
これまでの経過および現在の状況						
希望する支援や配慮、または知っておいてほしいこと	授業上 ・ 授業以外 での配慮希望内容（○で囲んでください）					
大学記録欄						

- ※1 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、診断書等をお持ちの場合、そのコピーを1部添付してください。
- ※2 この申請書にご記入いただいた内容は、厳密に保管し、学修上・学生生活上の支援に関する事柄以外に使用することはありません。また、この申請書は大学生活での支援や配慮の内容について検討する際に使用するもので、記入いただいた内容について、そのすべてを保障しうるとは限らないことをご了承ください。
- ※3すでに申請を行っており、支援等の内容が変わらず継続する場合には、再提出する必要はありません。申請内容が変わる場合には必要です。

支援を行うために必要な場合、関係者間で情報が共有されることを了承いたします。

学生署名

印

保証人署名

印