

第 11 号様式 (特支高)

専 門 医 の 診 断 書	
現 住 所	
氏 名	年 月 日生
病 名 ※障害名	
障 害 種 (※主障害を○で囲んで下さい) 視覚障害 聴覚障害 知的障害 肢体不自由 病弱	
所 見 (※障害の程度・検査名・検査結果等を必ずご記入下さい)	
上記のとおり診断する。 年 月 日 住 所 病 院 名 電 話 医師氏名 印	

※ 障害種別の専門医の診断によること。