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。