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。