

# 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○で囲んでください。

聴覚障害

知的障害

肢体不自由

病弱

（視覚障害については別様式）

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。

令和 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。

※ 視覚障害については、沖縄盲学校専攻科と同書類、3号様式（特支専）を使用すること。