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。