

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 医師氏名 電 話 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。