

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					

※ 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。