

第3号様式（特支幼）

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。 ※障害の程度については、客観的かつ明確に障害の程度のみご記入下さい。			
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。