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
※主障害を〇で囲んでください。

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　　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。