

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。