

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。	
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。