

# 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。

視覚障害    聴覚障害    知的障害    肢体不自由    病弱

所 見

(※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

医師氏名

電 話

印

障害種別の専門医の診断によること。