第３号様式

|  |
| --- |
| 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 　　　電　話  医師氏名 印 |
|

　障害種別の専門医の診断によること。