

第3号様式

専 門 医 の 診 断 書	
現 住 所	
氏 名	年 月 日生
病 名	<u>※障害名</u>
障 害 種 (※主障害を○で囲んで下さい)	視覚障害 聴覚障害 知的障害 肢体不自由 病弱・身体虚弱
所 見 (※検査名・検査結果があればご記入下さい)	
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。