

専門医（整形外科医）の意見書

氏 名

年 月 日生

病 名

（または診断名）

障 害 名

所 見

肢体不自由に関わる現在の状況，肢体不自由特別支援学校高等部での教育が望ましい理由等をご記入ください。

年 月 日

住 所

病 院 名

医 師 氏 名

印