

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