

入学願の
受付番号

医 師 の 診 断 書

ふりがな
氏 名

生年月日

昭和

年

月

日生

平成

療育手帳

有（A1、A2、B1、B2）・無

・補装具等使用 有・無
（車椅子・歩行器・その他の補装具等）

身体障害
者手帳

有（種 級）・無

・呼吸や食事に関する器具装着等 有・無
（ ）

・知的障がいに関する診断名

・重複する障がいに関する診断名及び所見

・進学に関する総合所見（日常生活及び健康に関する留意点）

診断の結果、上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

※この診断書は、開封無効をお願いします。