歯科医師による診断書・意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 年　　月　　日生 | 男 ・ 女 |
| 住　所 | | |
| 現　症 | | |
| 原因疾患名 | | |
| 治療経過 | | |
| 今後必要とする治療内容  　１　歯科矯正治療の要否  　２　口腔外科的手術の要否  　３　治療完了までの見込み  　　　　　向後　　年　　月 | | |
| 現症を基に上記のとおり申し述べる。併せて、次の意見を付す。  　障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に  　　　　　・　該当する  　　　　　・　該当しない  　　　　　　年　　月　　日  病院または診療所の名称および所在地  標榜診療科名歯科医師氏名 | | |