

歯科医師による診断書・意見書

氏 名		生年 月 日	年 月 日	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				
現症をもとに上記のとおり申し述べる。併せて以下の意見を付す。 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 病院又は診療所の名称 所 在 地 電 話 番 号 標榜診療科名 科 医師氏名				