

# 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				
<ul style="list-style-type: none"><li>・該当する</li><li>・該当しない</li></ul>				
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				