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、所在地標榜診療科名歯科医師名　　　　　　　　　　　　　㊞ |