歯科医師による診断書・意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 大正昭和平成令和 | 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　　　　　　　　　　　　　印 |