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 | | | |