

# 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		