

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		
<ul style="list-style-type: none">・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