

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 | | |
| <p>今後必要とする治療内容</p> <p>(1) 歯科矯正治療の要否</p> <p>(2) 口腔外科的手術の要否</p> <p>(3) 治療完了までの見込み</p> <p style="text-align: center;">向 後 年 月</p> | | |
| <p>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。</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・該当する ・該当しない <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">病院又は診療所 の名称、所在地</p> <p style="text-align: right;">標榜診療科名 歯科医師名</p> | | |