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　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |