歯科医師による診断書・意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 明治大正昭和平成 | 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）口腔外科的治療の要否（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・該当しない平成　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　 |