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 | | | |