歯科医師による診断書・意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 生年月日  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  　⑴　歯科矯正治療の要否  　⑵　口腔外科的手術の要否  　⑶　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 | | |