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　印		