

## 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		
<p>今後必要とする治療内容</p> <p>(1) 歯科矯正治療の要否</p> <p>(2) 口腔外科的手術の要否</p> <p>(3) 治療完了までの見込み</p> <p style="text-align: center;">向後          年          月</p>		
<p>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。</p> <p style="padding-left: 20px;">障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・該当する</li> <li>・該当しない</li> </ul> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年          月          日          病院又は診療所の名称</p> <p style="text-align: center;">所          在          地</p> <p style="text-align: center;">標榜診療科名</p> <p style="text-align: center;">歯科医師名</p>		