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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

1/1