歯科医師による診断書・意見書

氏　名	年　　月　　日生（　　）歳	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 電　話　番　号 標榜診療科名　　科 歯科医師名		