

(別紙)

歯科医師による診断書・意見書

氏名	明治・大正・昭和・平成・令和 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 標榜診療科名 歯科医師名 (印) (記名押印又は署名)		