

## 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>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>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>年 月 日 病院又は診療所の名称、所在地</p> <p>標榜診療科名</p> <p>歯科医師名</p>			