

(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	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 印					