

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診断する。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> <p>該当する ・ 該当しない</p> <p>年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称 所在地 〒 電話番号</p> <p>診療担当科名 科 15条歯科医師氏名 印</p>		