

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	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 令和 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 <span style="float: right;">㊞</span> (氏名を自署する場合は、押印を不要とする。)			