

(別紙)

歯科医師による診断書・意見書

氏 名	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 歯科医師氏名 (※) (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		