

歯科医師による診断書・意見書

|   |  |                       |       |
|---|--|-----------------------|-------|
| 氏 名   |  | 大正 昭和<br>平成 令和 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<br>(1) 歯科矯正治療の要否<br><br><br>(2) 口腔外科的手術の要否<br><br><br>(3) 治療完了までの見込み<br><br><br>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。<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br>・ 該当する<br>・ 該当しない<br><br>年 月 日 病院又は診療所<br>の名称、所在地<br><br>標ぼう診療科名<br>歯 科 医 師 名 |  |                       |       |