別紙

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 |  | | |
| 今後必要とする治療内容  　(１)　歯科矯正治療の要否  　(２)　口くう外科的手術の要否  　(３)　治療完了までの見込み  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　後 | | | |
| 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  　　標ぼうしている診療科名　　　　　　　科　　　　　　歯科医師氏名　　　　　　　　印 | | | |