

## 歯科医師による診断書・意見書

氏名	明治 平成 大正 令和 年 月 日生 昭和	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診断する。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 〒 電話番号  診療担当科名 科 15条歯科医師氏名 印		