歯科医師による診断書・意見書

様式第２４号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　（署名または記名押印）　　　 |