（別紙）

歯科医師による診断書・意見書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年  月日 | 年　　月　　日 | 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  電　　話　　番　　号  標榜診療科名　　　　　　　　　科　医師氏名 | | | | |