歯科医師による診断書・意見書

氏　名	年　月　日 （　）歳	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 標榜診療科名 歯科医師名　㊞		