

(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) 口腔 ^{くう} 外科的手術の要否 (3) 治療完了までの見込み <p style="text-align: right;">年 月 後</p>		
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 ㊞		