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  |