

(その14)

歯科医師による診断書・意見書

| | | |
|---|------------|-----|
| 氏名 | 年 月 日生()歳 | 男・女 |
| 住所 | | |
| 1 現症 | | |
| 2 原因疾患名 | | |
| 3 治療経過 | | |
| 4 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 | | |

