

歯科医師診断書・意見書（そしゃく機能障害用）

氏 名	年 月 日生	男・女
住 所		
現 症		
原因疾患名		
治療経過		
<p>今後必要とする治療内容</p> <p>(1) 歯科矯正治療の要否</p> <p>(2) 口腔外科的手術の要否</p> <p>(3) 治療完了までの見込み</p> <p>向後 年 月</p>		
<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。</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・該当する ・該当しない <p>年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称</p> <p>所 在 地</p> <p>標 榜 診 療 科 名</p> <p>歯 科 医 師 名</p>		