別紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
| 　現症を基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（昭和24年法律第283号）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、所在地標傍診療科名　　　　　　　　　　歯科医師名　　　　　　　　　　　　 |