　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 | | |