

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 <sup>こう</sup> 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  標榜診療科名  歯科医師名 <span style="float: right;">㊟</span>		