（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　　印