

歯科医師による診断書・意見書

氏 名	大正・昭和 平成・令和	年	月	日生
住 所 川崎市				
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 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 標榜診療科目 科 歯 科 医 師 名				

(日本矯正歯科学会の認定医又は日本口腔外科学会の専門医であり、かつ、日本口蓋裂学会の会員である歯科医師が記載してください)