

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	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  令和 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			

(参考)

身体障害者手帳申請手続き

