

総括表

歯科医師による診断書・意見書

氏名

大昭
平令

年 月 日生 () 歳

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

電話番号 ()

標榜診療科名

科

歯科医師氏名

(署名又は記名押印)

※訂正がある場合は、訂正印等をお願いします。