

歯科医師診断書・意見書（そしゃく機能障害用）

氏名	年 月 日生	男 ・ 女
住所		
現症		
原因疾患名		
治療経過		
<p>今後必要とする治療内容</p> <p>(1) 歯科矯正治療の要否</p> <p>(2) 口腔外科的手術の要否</p> <p>(3) 治療完了までの見込み</p> <p style="text-align: right;">向後 年 月</p>		
<p>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。</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 該当する ・ 該当しない <p>年 月 日 病院又は診療所の名称・所在地</p> <p style="text-align: center;">標榜診療科名 歯科医師名</p>		

(注) 自立支援法第59条指定医療機関代表歯科医師による