

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		
原因疾病名		
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 <div style="text-align: center;"> 向後 年 月 </div>		
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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 該当する ・ 該当しない <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> 令和 年 月 日 </div> <div style="width: 60%;"> 病院又は診療所の名称 所在地 標榜診療科名 歯科医師名 </div> </div>		

備考 この様式は、唇顎口蓋裂によるそしゃく機能障がいに関して市長が別に指定する歯科医師による診断書・意見書に用いること。