

歯科医師による診断書・意見書

氏名	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生 令和	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>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>標榜診療科名 歯科医師名</p>		

本様式は口唇・口蓋裂後遺症等による咬合異常により、そしゃく機能障害の身体障害者手帳交付申請をする際、身体障害者手帳診断書・意見書に添付してください。