診 断 書 ・ 意 見 書

(唇顎口蓋裂後遺症によるそしゃく機能障害に関する歯科医師の診断書・意見書)

氏名	年 月 日生	男 ・ 女
住所	札幌市 区	
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 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	