

(別 紙)

## 意見書

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所		
現 症		
原因疾患名		
治療経過		
今後必要とする治療の内容 (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 ⑩		