

(別紙)

歯 科 医 師 に よ る 診 断 書 ・ 意 見 書

氏 名	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女
住 所			
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 令和 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			

記載例

(別紙)

歯科医師による診断書・意見書

氏 名	○ ○ ○ ○	大正 昭和 平成 令和	1 3 年 8 月 2 6 日	男 ・ 女
住 所	○ ○ ○ ○ ○ ○			
現 症	両側性唇裂、口蓋裂による上顎骨の発育不全及び言語障害を認める。左右口蓋裂歯槽弓の上下咬合状態の不全を認める。			
原因疾患名	唇顎口蓋裂			
治療経過	R 5 . 1 . 1 6 R 5 . 5 . 1 6 R 6 . 3 . 2 口唇形成術 口蓋形成術を行う。			
今後必要とする治療内容	(4) 歯科矯正治療の要否 歯列の狭窄により歯科矯正治療の要を認める。 (5) 口腔外科的手術の要否 上下顎骨の発育状態により将来至適時期での口腔外科的手術の可能性を見込む。 (6) 治療完了までの見込み 成長発育過程において至適時期に治療を行う。 向後 1 0 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 令和 6 年 4 月 1 8 日 病院又は診療所 の名称、所在地 ○○歯科医院 ○ ○ ○ ○ ○ 標榜診療科名 歯科医師名 ○ ○ ○ ○			