

## 診 断 書

1 氏名 (男性・女性)  
生年月日 年 月 日生 ( 歳)  
住所

2 医学的診断  
診断名

現在までの症状及び治療経過

備考 (今後の見通し, 必要な検査, 費用など)

以上のとおり診断します。

平成 年 月 日

診療所の名称・所在地・連絡先

担当歯科医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

