第１５号様式（第４条関係）

歯科医師による診断書・意見書（口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害用）

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 名称及び所在地 標榜診療科名 歯 科 医 師 名　　㊞		

（日本産業規格Ａ列４番）