

記 入 例

様式-6

(本人において記入)

医 療 報 告 書 ①

PTAの名称	沖縄小学校PTA	学校TEL (098)-(867)-(8645)
負傷者氏名	沖縄花子	生年 大・昭・平 37年 1月 1日 生 月 日 (49 才) 男・女
傷病名	ひざの擦過傷	
負傷した身体 の部分とケガ の状態	すりきず	
初診日	平成 30年 6月 2日	通院治療 ○印を記入してください。
診 療 期 間	通院期間 8 日間	6月 1日 ② 3日 ④ 5日 6日 ⑦ 8日 ⑨ 10日 11日 12日 13日 14日 15日 16日
	通院実日数 (4)日	6月 17日 18日 19日 20日 21日 22日 23日 24日 25日 26日 27日 28日 29日 30日 31日
	平成 30年 6月 2日	6月 17日 18日 19日 20日 21日 22日 23日 24日 25日 26日 27日 28日 29日 30日 31日
	平成 30年 6月 9日	6月 17日 18日 19日 20日 21日 22日 23日 24日 25日 26日 27日 28日 29日 30日 31日
平成 30年 6月 9日	医療機関	名称 沖縄県立那覇病院 所在地 那覇市曙町2丁目25-6 TEL 098-867-8645
治ゆ 中止 転医		

上記事実に相違ないことを確認し、申告いたします。

なお、本件について安全会が必要とする事項を、病院等へ調査照会することを承諾します。

報告日 平成 30年 6月 17日

PTA名 沖縄小学校PTA

(負傷者名) 沖縄花子 ⑧

※ 診療実日数が6日以内は、この様式を使用すること。

※ いただいた個人情報、共済契約の管理及び履行のために利用いたします。共済契約履行のために必要な支払いの範囲内で共済金の請求や審査等関係先に提供することがあります。