

(本人において記入)

医療報告書 ①

PTAの名称		学校TEL ()-()-()
負傷者氏名		生年 昭・平・令 年 月 日生 月日 (才) 男・女
傷病名		
負傷した身体 の部分とケガ の状態		
初診日	令和 年 月 日	通院治療 ○印を記入してください。
診 療 期 間	通院期間 _____ 日間	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	通院実日数 ()日	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	固定具の使用期間及び名称 固定具(着脱: 可・不可) 名称 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
令和 年 月 日 治ゆ 中止		名 称 所在地 TEL

上記事実と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 令和 年 月 日

PTA名

(負傷者名)

印

※ 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。