

(本人において記入)

## 医 療 報 告 書 ②

PTAの名称		学校TEL ( )-( )-( )		
負傷者氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日 生 ( 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	病院名		
診 療 期 間	通院期間 _____ 日間		二か所に通院した方は下記に記入してください。 通院治療 ○印を記入してください。	
	通院実日数 ( )日			
	令和 年 月 日 ~	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	
	令和 年 月 日	月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	入院期間 _____ 日間		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
	令和 年 月 日 ~	月	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)名称 _____		固定具(着脱不可)名称 _____		
令和 年 月 日 ~		令和 年 月 日 ~		
令和 年 月 日		令和 年 月 日		
令和 年 月 日		後遺障害の有無 有・無		
治ゆ・中止・転医・継続				

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 令和 年 月 日

PTA名

(負傷者名)

(印)

※ いただいた個人情報、共済約款の管理及び履行のために利用します。共済約款履行のために必要な支払い範囲内で共済金の請求や審査等機関先に提供することがあります。