

# 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	昭	平		令		37年		1月		1日生											
			月日	( 50才 )		男		女																
傷病名	捻挫																							
負傷した身体 の部分とケガ の状態	右足首の捻挫で支えがないと歩行ができない																							
初診日	令和元年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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			
	通院実日数		( 4 )日		月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
					月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
					月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
					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		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16				
		固定具(着脱: <input checked="" type="radio"/> 可・不可)		月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
		名称 シーネ																						
		令和元年6月2日～																						
		令和元年6月7日																						
		令和元年6月9日																						
		台ゆ 中止																						
				医療 機関	名称	沖縄県立那覇病院																		
					所在地	那覇市あけぼの町2-3-4																		
					TEL	098-888-1234																		

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 令和元年6月17日

PTA名 沖縄小学校PTA

(負傷者名) 沖縄花子 (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は、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。