

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 | フリガナ オキナリ ハナコ | 生年月日 | 昭和 50 年 1 月 1 日 生 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 沖 縄 花 子 | | (50 才) 男・ 女 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | 捻挫 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負傷した身体部分とケガの状態 | 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 3 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 | 11 日間 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 通院実日数 | (3)日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 令和 3 年 6 月 2 日 ~ | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| | 令和 3 年 6 月 12 日 | 月 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| | | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| | | 月 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| 令和 3 年 6 月 12 日 | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | |
| | 月 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |
| 令和 3 年 6 月 12 日 | 医 療 機 関 | 名 称 | 沖縄県立那覇病院 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治 ゆ ・中止 | | 所 在 地 | 那覇市あけぼの町2-3-4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | TEL | 098-888-1234 | | | | | | | | | | | | | | | |

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。

令和 3 年 6 月 15 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、共済約款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審査等関係先に提供することがあります。