

(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	フリガナ	生年月日	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	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	
	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	
	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	医 療 機 関	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。

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。