

(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	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	初診(災害報告書記載)、入院、治療(診断書記載)以外に受診した医療機関がある場合は、下記に○印をして下さい。 医療機関名() ※受診した領収書(写し可)提出が必要																																																																	
診 療 期 間	通院期間	日間																																																																	
	通院実日数	()日																																																																	
	年 月 日 ~																																																																		
	年 月 日																																																																		
			<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td> </tr> <tr> <td>月 17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td> </tr> <tr> <td>月 17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td> </tr> </table>	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		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	
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																																																					
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																																																					
	入院期間	日間																																																																	
	年 月 日 ~																																																																		
	年 月 日																																																																		
	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																																																																	
	年 月 日 ~	年 月 日 ~																																																																	
	年 月 日	年 月 日																																																																	
	年 月 日	後遺障害の有無 有・無																																																																	
	治ゆ・中止・転医・継続	※医師より後遺障害があると診断された場合、(身体障害者福祉法)による様式で作成してもらって下さい。																																																																	

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)

㊟

※ 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。