

医 療 報 告 書 ②

※本人において記載

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| PTAの名称 | | 学校 TEL | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負傷者 | フリガナ | 生年月日 | 昭和 年 月 日 (才) 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負傷した部分とケガの状態 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初診年月日 | 令和 年 月 日 | 通院日に○印、入院日に△印を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診 療 期 間 | 通院期間 | 日間 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 通院実日数 | 日間 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | |
| | 固定具の使用期間及び名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (着脱可)名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | |
| (着脱不可)名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |
| 令和 年 月 日 | | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | |
| 治ゆ・中止・転医・継続 | | 月 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |
| | | 後遺障害の有無 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ※医師より後遺障害があると診断された場合は、「身体障害者福祉法」による様式で診断書を作成してもらってください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記事実と相違ないことを確認し、申告いたします。 なお、本件について当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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ 様式-8「診断書」、領収書を添付して下さい。
 ※ 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。