

# 記 入 例

## 医 療 報 告 書

②

※本人において記載

PTAの名称	沖縄小学校PTA	学校 TEL	098-888-1234
負傷者	フリガナ	オキナワ ハナコ	
	氏名	沖縄 花子	
	生年月日	昭和 50年 1月 1日 (47才) 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
傷病名	右足関節外果骨折		
負傷した部分とケガの状態	右足首に激痛があり、歩行が困難である。		
初診年月日	令和 4年 6月 2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	36 日間	
	通院実日数	8 日間	
		令和 4年 6月 2日 ～ 令和 4年 7月 7日	
	入院期間	日間	
		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
	固定具の使用期間及び名称		
	(着脱可)名称		
		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
	(着脱不可)名称	ギプス	
		令和 4年 6月 4日 ～ 令和 4年 7月 7日	
	令和 4年 7月 7日		
	<input checked="" type="radio"/> 治ゆ	・中止・転医・継続	
	後遺障害の有無		有・ <input checked="" type="radio"/> 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 4年 7月 15日			
		PTA名	沖縄小学校PTA
		(負傷者名)	沖縄 花子 <input checked="" type="radio"/>

※ 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。