

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		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	
(着脱不可)名称		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	
～ 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。