

受診された「医療機関」及び「診療科」毎に『申告書』を分けて  
P T A 会 員（保護者）により作成願います。


様式－5

一般社団法人岩手県P T A 連合会会長 様

下記の申告内容につき、私の主治医が、傷病名・症状・治療内容について、  
貴会に説明することに同意します。なお貴会の照会に対し、担当医もしくは  
医療機関から回答を得られない場合は改めて治療証明書を提出します。

申 告 書 兼 医 療 照 会 同 意 書


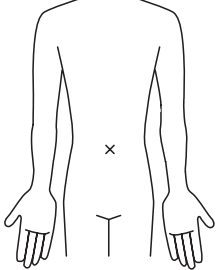

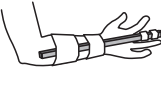
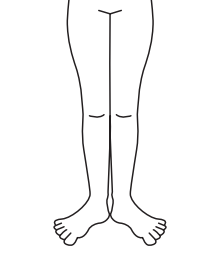


「共済金請求書」に記載の「共済金請求者」様  
氏名をご記入ください。

申告日	平成 年 月 日		
受傷者氏名	P T A 会 員 氏 名 (保護者氏名)	↓ 	
医療機関名		診療科名	
傷病名 (医師に確認 下さい)	※受傷部位も明記願います。	電話番号	( )

「共済金請求書」と同じ印を「捺印」ください。

入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで うち外泊月日 ( 月 日 ) ( 月 日 )	通院記録 (通院した日を○で囲んで下さい)																計 日		
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		16	
通院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで うち実際に通院した日数 ( 日 )	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
治療結果	<input type="radio"/> 治癒 ・ <input type="radio"/> 治療継続中 ・ <input type="radio"/> 転医 平成 年 月 日 後遺症 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 (医師の診断によるもの)	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日

※治療期間中に固定具を使用した場合は、ご記入願います。

固定具の種類	固定具例	固定部位	本人又は保護者による着脱	固定期間	受傷部位が上肢(肩～手指)および下肢(太もも～足指まで)の場合、固定部位を塗り潰してください。
該当する固定具の種類を確認ください	下図を参考ください	(記入例) 親指～手首	入浴時において着脱可 か否か明記ください	医療機関で固定具を装着した日から 取り外した日を記入ください	
ギプス 一般的に「石膏ギプス・プラスチックキャスト」と言われるもので、ぬるま湯に浸したギプス包帯を巻き、乾かして固定します。		～	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ( 日間)	
ギプスシャーレ ギプス包帯を巻いて固めたのち、半分カットし、包帯等で固定します。		～	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ( 日間)	
副子(シーネ)固定 副子(シーネ)と呼ばれる固定具をあてて、包帯等で固定します。「添え木固定」や「副木固定」とも言います。		～	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ( 日間)	
ギプスシーネ 副子(シーネ)固定の一種で、副子(シーネ)を石膏ギプスの素材で作ったものを言います。		～	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ( 日間)	
その他 ( ) ※三角巾固定、ポリネック、鎖骨バンド、コルセット等		～		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ( 日間)	

事務局使用欄 ※180日 → /