

お 願 い

様式一6

「治療証明書」の使用について

「治療証明書」は、「申告書」提出後、当会が必要と判断した場合（共済金が5万円以上の場合等）当会より書面により提出をお願いします。

当会より提出依頼があった場合に限り、共済金請求者様にお渡しいただき、医療機関での作成をお願いします。

用紙（様式一6）は当会よりお送りします。

「治療証明書」作成の文書料は、共済金請求者様の負担となります。

「申告書」提出後、当会が必要と判断した場合（共済金が5万円以上の場合等）
 当会より「治療証明書」の提出をお願いします。

様式－6

治療証明書

受傷者	住 所		性別	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	生年	昭和	年	月	日													
	氏 名			月日	平成	年	月	日															
傷病名																							
入院期間	平成 年 月 日から 日間					通院期間	平成 年 月 日から 日間																
	平成 年 月 日まで						平成 年 月 日まで																
	うち外泊月日（ 月 日）（ 月 日）					うち実際に通院した日数（ 日）																	
治療結果	治 癒		転 医		通院記録（通院した日を○で囲んで下さい）																		
	治療継続中		中 止		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日	
	平成 年 月 日				月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	
	後遺障害残存見込		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
後遺障害の内容を詳しく記入してください。					月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	
					月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
					月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	
					月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
					月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	
					月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
					月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	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	固定部位	本人又は保護者による着脱	固 定 期 間
該当する固定具の種類を確認ください	(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 checked="" 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、半分にカットし、包帯等で固定します。	～	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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)

一般社団法人岩手県PTA連合会会長 様
 上記のとおり証明いたします。
 平成 年 月 日

所在地

()
 医療機関名 ☎ -

診療科名

医師氏名 (印)