

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

病院・クリニック・医院

を受診した際にご使用ください。  
「共済金請求書」と同じ印をご捺印ください。

### 様式－5 医療機関（病院・クリニック・医院）

一般社団法人岩手県PTA連合会会長 様

下記の申告内容につき、担当医師または医療機関が「傷病名・治療内容」等を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、担当医師または医療機関から回答を得られない場合は、治療証明書を提出します。また、貴会から直接、医療機関に治療証明書の提出を求めることに対しても同意します。

## 申告書兼医療照会同意書


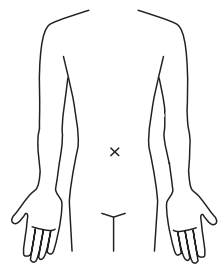

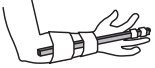
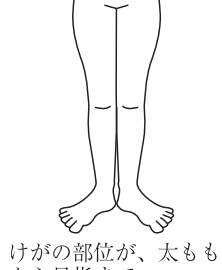


「共済金請求書」に記載の「共済金請求者」様氏名をご記入ください。

申告日	20 年 月 日
受傷者氏名	保護者氏名 (PTA会員)
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 ( )

入院期間	20 年 月 日から 20 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	20 年 月 日から 20 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
治療結果	治療期間 治癒・治療継続中・転医 20 年 月 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	後遺症 (有) (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

保護者記

※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。		～	可 不可	20 年 月 日から 20 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。		～	可 不可	20 年 月 日から 20 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。		～	可 不可	20 年 月 日から 20 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。		～	可 不可	20 年 月 日から 20 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		～		20 年 月 日から 20 年 月 日まで ( 日間)	

事務局使用欄

※180日 → / /