

受診された「施術所」毎に『申告書』を分けて保護者（PTA会員）により作成願います。


### 様式－6 施術所（接骨院・整骨院）

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、担当柔道整復師または施術所が「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、担当柔道整復師または施術所から回答を得られない場合は、施術証明書を提出します。また、貴会から直接、施術所に施術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 施術内容照会同意書

「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) 

施術所名	電話番号 ( )
------	----------

負傷名	※受傷部位も明記願います。
-----	---------------

施術期間	20 年 月 日から 20 年 月 日まで ( 日間) うち実際に施術した日数 ( 日)	施術記録 (施術)した日を○で囲んで下さい)																計	日	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			
結果	治癒 転医 継続中 中止 20 年 月 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	

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

保護者記入欄

Q1. 「平常の生活に支障がない程度に傷害がなおった時」は、何月何日頃でしょうか。  
(子どもの場合は、体育の授業や部活動に出られる状態)

20 年 月 日 頃

補足説明 \_\_\_\_\_

Q2. この度の施術について医師の同意はありましたか。

無、有でご回答いただき、有の場合は、医療機関名、書面又は口頭であるかをご記入願います。

無

有 ⇒ 医療機関名 \_\_\_\_\_

書面による同意

口頭による同意 ⇒  医師と直接やりとり

患者（保護者）からの報告

その他 ( )

Q3. この度の施術は保険診療で行っていますか。

保険診療  自費診療  その他 \_\_\_\_\_

事務局使用欄

※180日 ➡ / /