

# お願い

## 様式—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—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。

様式一 6

## 治 療 証 明 書

受傷者	住 所																															
	氏 名	性 別	男	女	生 年 月 日	昭 和 平 成	年	月	日																							
傷病名																																
入院期間	平成 年 月 日から										日間						平成 年 月 日から										日間					
	平成 年 月 日まで										日間						平成 年 月 日まで										日間					
	うち外泊月日（ 月 日）（ 月 日）										通院期間						うち実際に通院した日数（ 日）															
治療結果	治 療		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																													
	平成 年 月 日																															
	後遺障害残存見込		有		無																											
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。	～	可 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。	～	可 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。	～	可 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。	～	可 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	～	可 不可	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