

受診された「医療機関」及び「診療科」毎に『申告書』を分けて
PTA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PTA連合会会長 様

下記の申告内容につき、担当の医師及び担当の柔道整復師または医療機関が、「傷病名」「症状」「治療・施術内容」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、担当の医師及び担当の柔道整復師または、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	20 年 月 日	PTA会員氏名 (保護者氏名)		印														
受傷者氏名																		
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	()														
入院期間	20 年 月 日から	日間	通院記録 (通院した日を○で囲んで下さい)															
	20 年 月 日まで		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
通院期間	20 年 月 日から	日間																
	20 年 月 日まで		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
治療結果	治癒・治療継続中・転医	20 年 月 日																
	後遺症 有 無		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		(医師の診断によるもの)																

「共済金請求書」と同じ印を捺印してください。

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 が否か明記ください	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)	けがの部位が、太ももから足指まで

事務局使用欄

※180日 → / /