

ボールペン（消せないボールペン）での記入をお願いします。

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


申告書（兼医療照会同意・委任書）

必ずお読み下さい

下記の申告内容について、貴会が、関係者（医療機関関係者含む）（以下「関係者」という）に【医療照会】を行うことに同意し、委任いたします。
 なお、貴会の照会に対し、関係者から回答を得られない場合は、治療証明書を提出いたします。
 【医療照会】当会（学校関係者含む）は事実確認を行うために、関係者等に対し、共済金請求のあった診療に関する情報の提供「治療、検査、関連するほかの診療等に関する説明（治療証明書等書面による説明含む）」を直接求めることがあります。


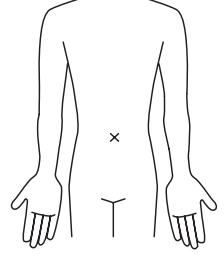

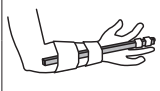
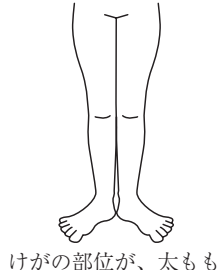


「共済金請求書」の「共済金請求者」欄と同じ氏名と印鑑になります。

病院・クリニック・医院用

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	通院記録 (通院した日を○で囲んで下さい)	月																計	日
	20 年 月 日まで		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日																
通院期間	20 年 月 日から	うち外泊月日 (月日) (月日)	月																計	日
	20 年 月 日まで		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日																
治療結果	治癒・治療継続中・転医	20 年 月 日	月																計	日
	後遺症 (有) (無) (医師の診断によるもの)		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	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	固定具例	固定部位	患者側による取り外しの可否	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		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。		～	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)	

補正説明があればご記入ください

事務局使用欄

※事故発生日から180日➡ / /