

一般社団法人三重県PTA安全互助会 様

下記の報告内容につき、私の主治医が、傷病名・症状・治療内容について、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、担当医もしくは医療機関から回答を得られない場合は、改めて診断書を提出します。

医療報告書 兼 医療照会同意書

「共済金支払請求書」に記載の「共済金請求者」様の氏名をご記入下さい。

報告日	令和 年 月 日	共済金請求者	負傷者との続柄 ()	印
負傷者氏名				

医療機関名		診療科名	
傷病名 (医師に確認して下さい)	※受傷部位も明記願います。	電話番号	()

通院期間	令和 年 月 日から	通院記録 (通院した日を○で囲んで下さい)																	
	令和 年 月 日まで 日間 うち実際に通院した日数 (日)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
入院期間	令和 年 月 日から	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
	令和 年 月 日まで 日間 うち外泊日 (月 日) (月 日)	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
手術	手術の有無 (有) (無)	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
	手術名	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
(必須) 治療結果	手術日 令和 年 月 日	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
	治癒・治療継続中・転医 令和 年 月 日	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
	後遺障害 (有) (無) (医師の診断によるもの)	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
事故の日から180日以内の通院に限ります。(但し、90日限度)																			

※治療期間中に固定具・装具を使用した場合は、ご記入願います。

固定具・装具の種類	固定具例	固定部位	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下さい。
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	医師の指示により固定具・装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。		～	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間)	けがの部位が、肩関節から手指まで けがの部位が、太ももから足指まで
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。		～	令和 年 月 日から 令和 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「副子固定」とも言います。		～	令和 年 月 日から 令和 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。		～	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間)	
その他 ()		～	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間)	

事務局使用欄

※180日⇒ /

個人情報、法令に則り適切に管理しています。