医 療 等 の 状 況

P T A の 名 称			学 校 t e l	() () - ()									
氏 名		男 ・ 女	生 年 月 日	大 昭 平 年 月 日 生									
疾 病 名													
初 診 日	平 成 年 月 日	通 院 治 療 印、入 院 治 療 印 を 記 入 し て く だ さ い。											
診 療 期 間	通 院 期 間 _____ 日 間		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	通 院 実 日 数 (_____) 日			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	平 成 年 月 日 ~			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	平 成 年 月 日			31									
	入 院 期 間 _____ 日 間		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	平 成 年 月 日 ~			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	平 成 年 月 日			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
				31									
			月	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									
平 成 年 月 日 治 ゆ 、 中 止 、 転 医			医 療 機 関	名 称 所 在 地 t e l									

上記のとおりです。

平 成 年 月 日

P T A 名 _____

会 長 氏 名 _____ 印

診療実日数が、3日以上10日以内は、この様式を使用すること。