

## 医 療 等 の 状 況

PTAの名称			学校 tel (        ) (        ) - (        )										
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、入院中の外泊は 印を記入してください。											
診療期間	通院期間 _____ 日間 通院実日数 ( _____ ) 日 平成    年    月    日 ~ 平成    年    月    日		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									
入院期間 _____ 日間 平成    年    月    日 ~ 平成    年    月    日		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										
ギプス固定部位		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										
ギプス固定期間 (着脱式は除く) _____ 日間 平成    年    月    日 ~ 平成    年    月    日		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		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										
後遺障害 の有無	有 ・ 無		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											
上記のとおりです。													
平成    年    月    日													
医療機関所在地及び名称													
医師氏名 _____ 印													

診療実日数が 11 日以上の場合は、この様式を使用すること。  
アキレス腱断裂の場合は、この様式を使用すること。