

熊本県PTA共済・負傷共済・診断書兼診療状況報告書

PTA名称		被災者氏名						
医療保険等の種類 (必ずご記入ください)				被保険者		年齢	性別	
社保	国保	共済等	公費	交通事故	本人	家族	男 女	
今回の事故が直接の原因となった傷病名および発生日						転帰		
①	発生日				治癒 繰越 転医 中止			
②	発生日				治癒 繰越 転医 中止			
③	発生日				治癒 繰越 転医 中止			
④	発生日				治癒 繰越 転医 中止			
今回の事故にかかる診療期間						診療実日数		
年 月 日 ~ 年 月 日						入院	日	
年 月 日 ~ 年 月 日						通院	日	
今回の事故が原因となって手術が施行された場合 (手術名および手術日)								
①							年	月 日
②							年	月 日
③							年	月 日
今回の傷病に関連する既往症の有無および傷病名						有 無		
(傷病名)								
初診の状況 及び診療の 経過と転記 (具体的に記入)								
療養に要した診療報酬点数 (外来分)				療養に要した診療報酬点数 (入院分)				
診療月	保険点数		診療月	保険点数		診療月	保険点数	
月分	点		月分	点		月分	点	
月分	点		月分	点		月分	点	
月分	点		月分	点		月分	点	
月分	点		月分	点		月分	点	
月分	点		月分	点		月分	点	
今回の事故に直接関連した装具使用 (保険適用) の有無						有 無		
本診断書兼診療状況報告書の文書料 (必ず領収書添付のこと)						円		
上記のことは事実と相違ないことを証明します。								
						年	月 日	
医療機関所在地及び名称								
診療医師氏名						⑨		