

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
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
					入院	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 経過と転帰 (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				印		