

熊本県PTA共済・負傷共済・診断書兼診療状況報告書

P T A 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									
令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日														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			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			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。																							
令和 年 月 日																							
医療機関所在地及び名称																							
診療医師氏名																							
印																							