

第4号様式の1

医療機関 御中
傷病名につきましては WHO が定めた ICD-10 に準拠したものでご記入ください。

*受付番号 ()

熊本県 P T A 共済・負傷共済・診断書兼診療状況報告書

P T A (学校名) 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	ICD-10 ()			発生日 年 月 日	治癒 繰越 転医 中止	
②	ICD-10 ()			発生日 年 月 日	治癒 繰越 転医 中止	
③	ICD-10 ()			発生日 年 月 日	治癒 繰越 転医 中止	
④	ICD-10 ()			発生日 年 月 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	
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						