

医 療 報 告 書

PTA の名称			学校TEL																
氏名		男・女	生年 月日	大 昭 平	年 月 日														
疾病名																			
初診日	年 月 日		通院治療○印、入院治療△印を記入してください。確実に○△を記入してください。																
診 療 期 間	通院期間 _____ 日間		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	通院実日数 () 日			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	年 月 日～		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	年 月 日			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	入院期間 _____ 日間		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	年 月 日～			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	年 月 日		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	年 月 日			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
年 月 日 治ゆ、中止、転医			医 療 機 関	名 称 所在地															
				TEL															

上記のとおりです。

年 月 日

PTA名

会長氏名



記入要領

様式 7 (疾病見舞金用)

医療報告書

PTA の名称	海山小学校PTA		学校TEL (089) (○○○) - (△△△△)	
氏名	海浜清子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	大昭平 □年△月○日
疾病名	○○○○○			
初診日	○年○月○日	通院治療○印、入院治療△印を記入してください。 確実に○△を記入してください。		
診療期間	通院期間	○日間	8月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
	通院実日数	(○)日	月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	○年○月○日～ ○年○月○日		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
	入院期間	日間	月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	年 月 日～ 年 月 日		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
	○年○月○日		医療機関	名称所在地 松山市○○町○丁目○-○○ 愛媛病院 TEL 089-○○○-○○○○
	<input checked="" type="radio"/> 治ゆ、中止、転医			

上記のとおりです。

○年○月○日

PTA名 海山小学校PTA

会長氏名 愛媛太郎 