様　式　7　(疾病見舞金用)

**医　療　報　告　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＰＴＡの名称 |  | 学校ＴＥＬ |
| 氏　名 |  | 男・女 | 生年月日 | 大昭　　　　 年　　 月　　 日平　　 |
| 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　　　　　　日間通院実日数 　( 　 )　日 年 　 月 　 日～ 年 　 月 　 日 | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |
| 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |
| 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 入院期間　　　　　　日間年 月 日～ 年 月 日 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |
| 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |
| 医療機関 | 名　称所在地ＴＥＬ |  |
|  年 　 月 　 日治 ゆ、中 止、転 医 |
|  |  |

上記のとおりです。

 年　　 月 　 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＰＴＡ名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　会長氏名

35