

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 平	年	月	日生														
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	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
	年 月 日～			月	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	
	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～			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
年 月 日			月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年 月 日			医 療 機 関	名 称 所 在 地																	
治癒，中止，転医			TEL																		

上記のとおりです。

年 月 日

PTA名

会長氏名



