

申告書(後遺障害共済金申告用)

一般社団法人 茨城県 P T A 安全互助会理事長 様

申告日	平成 年 月 日
フリガナ 氏 名	


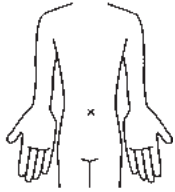





医療機関名	診療科名	
	電話番号	()
傷病名 (医師に確認して下さい)	※ 受傷部位も明記願います。	
入院期間	平成 年 月 日から	後遺症
	平成 年 月 日まで	
治療結果	治癒 ・ 治療継続中 ・ 転医 平成 年 月 日	症状(医師の診断によるもの)

※ 治療期間中に固定具を使用した場合は、次ページ (P13) の固定具使用申告書の提出もあわせてお願いします。

コピーをしてご使用ください。

固 定 具 使 用 申 告 書

申告日	平成	年	月	日
フリガナ 氏 名				

固定具の種類	固定具例	固定部位	着脱の可否	固定期間	受傷部位が上肢(肩～手指まで)および下肢(太もも～足指まで)の場合、固定部位を塗りつぶして下さい。
該当する固定具の種類を確認して下さい。	下図を参考にして下さい。	(記入例) 親指～手首	入浴時において着脱可か否か明記して下さい。	医療機関で固定具を装着した日から取り外した日を記入して下さい。	
ギプス 一般的に「石膏ギプス・プラスチックキャスト」と言われる物で、ぬるま湯に浸したギプス包帯を巻き、乾かして固定します。		～	可 不可	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)	
ギプスシャーレ ギプス包帯を巻いて固めた後、半分にカットし、包帯等で固定します。		～	可 不可	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)	
副木(シーネ)固定 副木(シーネ)と呼ばれる固定具をあてて、包帯等で固定します。「添え木固定」や「副木固定」とも言います。		～	可 不可	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)	けがの部位が、太ももから足指まで
ギプスシーネ 副木(シーネ)固定の一種で副木(シーネ)を石膏ギプスの素材で作ったものを言います。		～	可 不可	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)	
その他 () ※三角巾固定、ポリネック、鎖骨バンド、コルセット等		～	可 不可	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)	

コピーをしてご使用ください。