

第5号様式（令和2年4月1日～）

各医（施）療機関へお願い

この書類は公益財団法人富山県PTA親子安全会で災害状況を把握するために使わせていただくものです。

お手数とは存じますが宜しくご記入くださいますようお願い申し上げます。

尚、規定外で申し訳ございませんが文書料（一律1,500円）を計上させていただきました。受診（療）者から徴収していただきますようお願い申し上げます。

公益財団法人富山県PTA親子安全会

## 診 療 書

患者氏名		男・女	年 月 日 生
受診（療）日	年 月 日		
傷病名 (疑い病名でも 結構です)			
入院の要否 (○印をご記入下さい)	〔 必要 ・ 望ましい ・ 不要 〕		
治療期間 (おおよその見込み期間 をご記入下さい)	〔 間 〕 程度の見込み		
後遺障害 (○印をご記入下さい)	〔 残る ・ 残らない ・ どちらともいい難い 〕		
年 月 日 貴 医（施）療機関名			

文書料 1,500円

ご協力有り難うございました

- ◆ご記入いただいた個人情報については、当会の事業のためだけに使用され、それ以外には使用いたしません。（富山県PTA親子安全会「個人情報保護方針」「個人情報保護規程」準拠）