治療日数証明書

川崎市ＰＴＡ連絡協議会

傷病者	住所				TEL	
	フリガナ					男・女
	氏名					
	生年月日	年 月 日生まれ 才				
傷病名		部位	頭部 頸部 上肢 顔面 躯幹 下肢 手 足 その他	種類	切傷 打撲 捻挫 脱臼 骨折 その他	
初診日	年 月 日					
入院治療	年 月 日より 年 月 日まで 入院治療日数 日間	通院治療	年 月 日より 年 月 日まで 通院治療期間 日間 内実治療日数 日 □治癒 □継続中			
治療内容		入院・通院の実治療日に〇印をつけてください				
		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	計 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	計 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	計 日		
レントゲン検査	有・無	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	計 日		
手術	有・無					
ギプス使用期間	年 月 日より 年 月 日まで 内通院 日間	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	計 日		
		入院・通院の実治療日数合計 日				

上記の通り証明する。 年 月 日

医師氏名

所在地 ㊞

医院（病院）名

（この証明書は川崎市医師会の協力により１件 1,000円でお願いしています） 2023年度版

複数枚になった場合には、２枚目以降も氏名の記入をお願いします。