

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 顔面 手	頸部 軀幹 足	上肢 下肢 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 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続中					
治療内容	入院・通院の実治療日に○印をつけてください															
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計														
		11 12 13 14 15 16 17 18 19 20														
		21 22 23 24 25 26 27 28 29 30														
月	31 日															
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計															
	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20															
月	21 22 23 24 25 26 27 28 29 30															
	31 日															
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計															
月	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20															
	21 22 23 24 25 26 27 28 29 30															
	31 日															
レントゲン 検査	有 ・ 無					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30										
手術	有 ・ 無										月	31 日				
ギプス 使用期間	年 月 日より 年 月 日まで 内通院 日間					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 計 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30										
月	31 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											⑧					
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円をお願いしています)
 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。

2022年度版