

医 療 報 告 書

(医療機関記入)

氏 名			性別	生年月日							
住 所			男	校区・地区名							
子ども会名			女	学年							
傷病名	(1)										
	(2)										
	(3)										
診療期間	初 診 日				年	月	日	転 帰			
	治 癒 日				年	月	日				
	通 院			入 院			治 癒	死 亡	転 医	中 止	繰 越
	月	日間	点	月	日間	点					
	月	日間	点	月	日間	点					
	月	日間	点	月	日間	点					
	合計	点	合計	点							
文 書 料 (本文書)			円								
医 療 機 関	上記のとおりです。 年 月 日 医療機関 住 所 医院名 (医師名) TEL ㊟										
摘 要	* 上記診療期間が 3 ヶ月以上に及ぶ場合は摘要欄に記入してください。 * 点数表記をしない保険適用医療機関においては、円表記に直して使用してください。										

