

治療状況報告書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 受傷者名 (被補償者) | 年 月 日生 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | | 作成日 20 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求者名 | 同上 <small>上記受傷者が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。</small> | | <input type="radio"/> 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受傷日時 | 年 月 日 時 分 頃 24時間制でご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受傷形態 | <input type="radio"/> 打撲 <input type="radio"/> 切傷 <input type="radio"/> すり傷 <input type="radio"/> 断裂 <input type="radio"/> 切断 <input type="radio"/> 火傷 <input type="radio"/> その他() <input type="radio"/> 捻挫 <input type="radio"/> 脱臼 <input type="radio"/> 骨折 …… 使用固定器具(ギブス <input type="radio"/> 副木 <input type="radio"/> その他() // 使用期間(年 月 日 ~ 年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受傷部位 | <input type="radio"/> 頭 <input type="radio"/> 顔 <input type="radio"/> 首 <input type="radio"/> 躯幹部 具体的部位をご記入ください。 () | <input type="radio"/> 上肢部 腕 部位 _____ <input type="radio"/> 左 <input type="radio"/> 右 _____ 指 <input type="radio"/> 左 <input type="radio"/> 右 | <input type="radio"/> 下肢部 脚 部位 _____ <input type="radio"/> 左 <input type="radio"/> 右 _____ 指 <input type="radio"/> 左 <input type="radio"/> 右 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院治療 | 自 年 月 日 至 年 月 日 日間 | 実際に通院して治療を受けた日に○印をつけてください。 *通院先が複数箇所となった場合は、医療機関別に治療状況報告書を作成してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通院治療 | 自 年 月 日 至 年 月 日 延べ 日間 (うち実際に通院して治療した日数 日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ケガのため 学校を 休んだ期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 月 | <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td rowspan="3">31</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 31 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下段に診察券等記載内容をご記入ください。 なお、複数の病院へご通院の場合は診察券の写しを同封いただいても結構です。 | | 月 | <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td rowspan="3">31</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 31 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病院名 : _____ 所在地 : _____ 電話番号 : _____ 診察券番号 : _____ 診療科 : <input type="radio"/> 外科 <input type="radio"/> 整形外科 他(科) 担当医師名 : _____ 先生 | | 月 | <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td rowspan="3">31</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 31 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 月 | <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td rowspan="3">31</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 31 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 月 | <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td rowspan="3">31</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 31 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ご請求金額が10万円以下の場合、「治療状況報告書」をご記入の上、治療期間が記載された医療機関の領収書の原本またはコピーを添付いただくことにより、診断書のご提出に代えることができます。

固定器具の使用があった場合には追加で書類を提出いただくことがあります。

早稲田大学学生補償制度（傷害補償）適用を目的として本報告書を使用し、それ以外には使用いたしません。