

## 治 療 状 況

この事故で医師の 治療を受けましたか	うけた ・ うけない		
治療を受けたとき	医療機関	名 称	
		所在地	
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他( )	
	治療開始	令和 年 月 日 入院 通院	
	転 帰	( 令和 年 月 日現在 )	
		現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止	
	入院治療期間	入院 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日	
		通院 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日	
後 遺 症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込		
治療見込	令和 年 月 日から約	日 月	ぐらい



この欄は記入する必要はありません

保険給付欄				
種 別	金 額	内 訳	支給年月日	備考
療養の給付	円	自 至 日間		
療 養 費	円	マッサージ、コルセット 柔道整復施術、輸血		
傷病手当金	円	自 至 日間		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			