

※ この証明書は、山梨県医師会・山梨県歯科医師会のご協力を賜り、1部200円です。

山梨県PTA親子安全会

証 明 書

氏 名 (男・女)

生年月日 年 月 日

住 所 市・郡

事故発生日 平成 年 月 日

※ 事故発生から180日以内の状況をご記入ください。

180日を超えて記入してある場合は、通院治療回数が調整され減少します。

傷 病 名 (※ 必記)			
入 院 期 間	平成 年 月 日から	(日間)	
	平成 年 月 日まで		
通 院 期 間	平成 年 月 日から	(日間)	
	平成 年 月 日まで		※ 最長で 180 日間
実 質 通 院 治 療 回 数	回	(事故発生から180日以内の 実質通院・治療回数)	うち往診回数 回
後 遺 症	有	その程度について記入	
	無		

今回の治療で、永久歯の神経を抜いた場合、その本数は _____ 本

(未記入欄には斜線を引いてください。)

上 記 の 通 り 証 明 し ま す 。

平 成 年 月 日

・病 院 名	
・所 在 地	
・電 話 番 号	
・医 師 名	④