

利用保険
(該当に○)

- | | |
|-----|------|
| ①健保 | ④自責 |
| ②国保 | ⑤その他 |
| ③労災 | () |

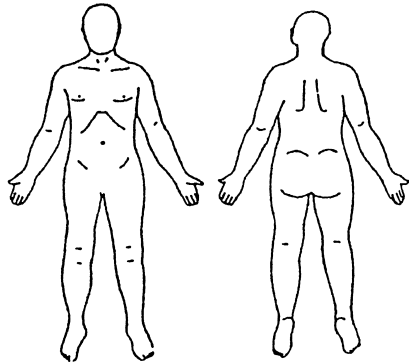
MFJスポーツ傷害基金 御中

フリガナ		生年月日	年 月 日	職業	
氏名					
住所	〒 -			TEL(自宅)	()
				TEL(日中)	()

初診日	年 月 日	受傷日	年 月 日
-----	-------	-----	-------

受傷の原因	
-------	--

傷病名 および 受傷部位と 程度	傷病名							
	受傷部位	①頭部	②顔面部	③眼	④歯牙	⑤頸部	⑥腹部	⑦胸部
		⑧背部	⑨腰部	⑩臀部	⑪上肢	⑫手指	⑬下肢	⑭足指
	受傷程度	⑮全身						
①打撲/捻挫		②擦過傷/挫傷	③挫創/挫滅創	④筋の損傷	⑤筋の断裂	⑥腱の損傷	⑦腱の断裂	
⑧骨折		⑨脱臼	⑩欠損	⑪切断	⑫神経の損傷	⑬神経の断裂	⑭臓器の損傷	
	⑮臓器の破裂	⑯眼球の損傷	⑰眼球の破裂	⑱熱傷				



(図示してください。)

初診から
現在までの
主要症状
ならびに
治療内容

入院日数	実入院日数	日間
	年 月 日 ~ 年 月 日	

通院日数	実通院日数	日間
	年 月 日 ~ 年 月 日	

年 月 日 治癒・治癒見込・転医・治癒中止

後遺症内容	(精神・神経・運動機能に障害を残す場合に記入願います) *上記後遺症の軽減見込み： 有 ・ 無 ・ 未定
-------	---

カルテ No.		診察券 No.	
---------	--	---------	--

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

所在地

TEL

医療機関名

医師名

傷病者使用欄

本件につきMFJスポーツ傷害基金が必要とする事項を
病院等へ照会することに同意します。

年 月 日

被保険者 (ケガをされた方。未成年の場合は親権者)

住所

氏名

MFJスポーツ傷害基金記入欄

①部位			
②程度			