支部様式２０

既往歴病歴報告書

令和　　年　　月　　日

　地方公務員災害補償基金岩手県支部長　様

住　　所

氏　　名

生年月日

所　　属

私の既往歴について下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 傷病名 | 発症時期 | 発症原因・症状・治療経過・休養期間等 | 治ゆ時期 | 医療機関の名称・所在地 |
|  |  |  |  |  |

〔注意事項〕

１　医師にかかっていない場合でも、売薬等を用いていたときは薬品名等を記入すること。

２　公務(通勤)災害に認定された傷病にはその旨を記載し、認定番号を付記すること。

３　現在療養中の傷病及び請求傷病と同一部位の傷病については、必ず記入すること。