支部様式第５号

既　往　症　歴　報　告　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |  |  | 年 |  | | 月 |  | 日 |
| 地方公務員災害補償基金千葉県支部長　様 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 請求人所属 | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | | | |
|  | | 職・氏　名 | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| １．既往症は次のとおりです。 | | | | | | | | | | | | | |
| 傷　　病　　名 | 療　養　期　間 | | 治ゆ・継続  の別 | | 医 療 機 関 名 | | | | | 備　　　考 | | | |
|  |  | |  | |  | | | | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | | |  | | | |
| ２．既往症は特にありません。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

〔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、医療機関名に薬品名等を記入してください。

　２　過去に公務上又は通勤による災害として認定になっている場合は、備考欄に認定番号を記入してください。