



3 ○ 年 ○ 月 ○ 日現在の療養状況（2の「療養中」該当者は記載を要する。）

(1) 入・通院の別

入院中

通院中 通院の頻度 ○週間に1回

通院の方法 公共交通機関（JR、バス）

(2) 現在の治療内容

(例) ・膝の動きに制限があり、可動域を広げる目的でリハビリ継続中。

・月1回レントゲンを撮影。痛み止めを服用中。○年○月○日に手術施行予定。

(3) 現在の症状

(例) ・認定傷病のうち、右膝の打撲は治癒したが、骨折した左腕は現在も骨が癒合していない。

(4) 現在の勤務状況

(例) ・災害発生前と同様に勤務している。

・現在も休職中である。

(5) 治癒見込み年月日 ○ 年 ○ 月 ○ 日ごろ ※必ず記載してください

(6) 治癒時の後遺障害残存見込み

残存しない。

残存する。 部位 (例) 左肩の可動域、疼痛、左腕のしびれ

程度 可動域は負傷前の2分の1程度、常時疼痛、しびれは左腕全体

療養経過について上記のとおり報告します。

○ 年 ○ 月 ○ 日

被災職員氏名 ○○ ○○

上記のとおり報告がありましたので提出します。

○ 年 ○ 月 ○ 日

課長（所長・校長・署長）

所属長職・氏名 ○○ ○○

地方公務員災害補償基金千葉県支部長 様

〔注意事項〕

この報告書は被災職員が記載願います。

以下に該当する方は、治癒報告書（支部様式第20号）の提出を御検討ください。

- ・リハビリを6ヶ月以上行っている
- ・痛み等なく通常勤務に服している
- ・抜去、抜釘の予定がない
- ・疼痛緩和のための対症療法の状態である