

療 養 経 過 報 告 書

この報告書は 年 月中（第1回目）及び 年 月中（第2回目）に提出してください。ただし、それ以前に別添の「治ゆ報告書」を提出した場合には、この報告書は提出する必要はありません。

認定番号 ○○ - ○○○○○○

1 被災職員に関する事項

所 属 団 体	地方公共団体名 (任命権者ごと)	所 属 部 局	部局課名・事業所名 学校名・警察署名	
職 名	○○	氏 名	○○ ○○	
災害発生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日	療養開始年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日	
認定傷病名	○○○○			

診療機関名等	診 療 機 関 名	所 在 地	電 話	診 療 費 支 払 方 法
	○○○○	○○市○○○3-4-5	○○○-○○○-○○○	※ ○

※ 診療費支払方法欄（下記の記号で記入のこと。）

- 加害者等が負担している場合は…… 「a」 共済組合員証を使用している場合は「d」
- 自分で負担している場合は…… 「b」 基金が支払っている場合は…… 「e」
- 自賠責保険等で支払っている場合は「c」

2 ○年 ○月 ○日現在の状況

- 療養中
- 後遺障害を遺して治ゆしている（被災前の状態に回復していない。）
- 治ゆ年月日 年 月 日
- 後遺障害を残さず完全治ゆしている（被災前の状態に回復している。）
- 治ゆ年月日 年 月 日

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