支部様式第19号

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 | |  | | | | | | 所　属　部　局 | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
| 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 | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | ※ | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| ※　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 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 通院の方法 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| （２）現在の治療内容 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （３）現在の症状 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （４）現在の勤務状況 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （５）治ゆ見込み年月日 | | | | | | | | | | | | |  | 年 |  | 月 |  | | 日ごろ　**※必ず記載してください** | | | |
| （６）治ゆ時の後遺障害残存見込み | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 残存しない。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 残存する。 | | | | | | | | | | | 部位 | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | 程度 | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 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。