

# 既往病歴報告書

年 月 日

地方公務員災害補償基金東京都支部長 殿

所 属 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

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 ・休業期間等	治ゆ時期	医療機関の 名称・所在地

- 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、必ず記載すること。