

# 症 状 経 過 書

年 月 日	症 状 等	医療機関名・所在地・治療等

被災（発症）時から初診時及び現在までの症状経過は上記のとおりです。

年 月 日

地方公務員災害補償基金

東 京 都 支 部 長 殿

所 属 \_\_\_\_\_

請求者

氏 名 \_\_\_\_\_

注 1 原則として日単位で記入し、長期にわたるときは、適宜週又は月単位で記入すること。

2 「症状等」欄は、痛み等の自覚症状が体のどの部分にあったかを記入すること。

3 「医療機関名・所在地・治療等」欄は、医療機関名（転医するごとに記入する）、住所、治療については投薬・湿布・手術等の手当・治療・レントゲン検査・CT・生化学検査などの諸検査の名称を記入すること。

4 書ききれない場合は、適宜別紙に記入すること。