

既往病歴報告書

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	医療機関名 ・所在地

私の既往歴について以上のとおり報告します。

年 月 日

地方公務員災害補償基金
東京都支部長 殿

請求者 所属 _____
氏名 _____

- 注 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。
- 注 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。
- 注 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。