都支部様式第27号

**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。