

既 往 症 歴 報 告 書

○ 年 ○ 月 ○ 日

地方公務員災害補償基金千葉県支部長 様

請求人所属 部局課名・事業所名・学校名・警察署名 等

職・氏 名 ○○・○○ ○○

1. 既往症は次のとおりです。

傷 病 名	療 養 期 間	治ゆ・継続 の別	医 療 機 関 名	備 考
左足関節捻挫	平成○年○月	治ゆ	○○病院	認定番号 28-000000
左肩関節脱臼	平成○年○月～○○月	治ゆ	○○整形外科	
適応障害	平成○年○月～ 平成○年○○月	治ゆ	○○メンタルクリ ニック	

過去に認定を受けた
ものがあれば、認定番号
を記載してください。

2. 既往症は特にありません。

〔注意事項〕

- 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、医療機関名に薬品名等を記入してください。
- 2 過去に公務上又は通勤による災害として認定になっている場合は、備考欄に認定番号を記入してください。