**既往病歴報告書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  地方公務員災害補償基金  青森県支部長殿 | | | | | | | |
|  | | | 所属 |  | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | 氏名 |  | | |  |
|  | | | |  | | |  |
| 私の既往症歴について、次のとおり報告します。 | | | | | | | |
| 傷病名 | 発症年月日 | 発症原因・症状・治療経過等 | | | 治ゆ年月日 | 医療機関名称 | |
|  |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | | |  |  | |

（注）記入欄が不足する場合は適宜別紙とし、特に「発症原因・症状・治療経過等」については、できるだけ詳細に記入してください。