**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。