

長期療養者の現状報告書

認定番号		
地方公務員災害補償基金新潟県支部長 様 _____年 _____月現在（療養開始から <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 2年 <input type="checkbox"/> _____年 _____月 経過）		報告回数
の療養の現状等について下記のとおり報告します。 _____年 _____月 _____日		
所属団体名 被災職員 所属部局名 氏 名		
認定傷病名		
災害発生日	_____年 _____月 _____日（療養開始日 _____年 _____月 _____日）	
勤務の状況	<input type="checkbox"/> 出勤していない <input type="checkbox"/> 出勤している <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 毎日（通常どおり）出勤 <input type="checkbox"/> 週に _____ 日程度出勤 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 退職（ _____年 _____月 _____日） → 報告日現在就労を <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
現在の症状 （初診時又は 前回報告時か らの変化）		
受診の状況	受診医療機関名	
	<input type="checkbox"/> 入院中 _____ 退院見込 _____年 _____月頃 <input type="checkbox"/> 通院中 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 毎日通院 <input type="checkbox"/> 週に・<input type="checkbox"/> 月に _____ 日程度通院 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 通院していない（最終通院日 _____年 _____月 _____日） 理由	
治療の状況等 （報告時の直近 時の受診時に主 治医に確認の上 被災職員が記載 してください。）	(1) 現在の治療区分 <input type="checkbox"/> 対症療法（疾病の治療上、根本原因に対する治療とは別に、疾病の示す症状に対して、これを鎮静、除去するために行う療法） <input type="checkbox"/> 原因療法（疾患のもつ異常な病理・病態を根本的に除去するための療法） (2) 現在の主な治療の内容	
確認した 医師名 ----- 診療科 ----- 確認日 _____年 _____月 _____日 -----	(3) 症状固定の現状 <input type="checkbox"/> 症状固定している（症状固定日 _____年 _____月 _____日） <input type="checkbox"/> 症状固定していない（今後の治療方針、治ゆの見込み時期等を記載）	

(注1) この報告書は、療養開始から1年経過した月（1回目）、2年経過した月（2回目）、以降6か月ごと
 に所属長・任命権者を經由して提出してください。ただし、「治ゆの届」を提出した場合はこの報告
 書を提出する必要はありません。

(注2) 年月日の記載には元号を用いる。