

療養の現状等に関する報告書

認定 番号	
----------	--

地方公務員災害補償基金新潟県支部長 _____ 様
 療養の現状等について下記のとおり報告します。

年 月 日

報告者の住所 _____
 _____ 市 () _____

氏 名 _____
ふりがな

所属団体名・所属部局名 _____

1 負傷又は発病の年月日	年 月 日
2 療養開始の年月日	年 月 日
3 傷 病 名	
4 療 養 の 経 過	

5 日常生活の概要

〔 年 月の状況〕当該傷病に関係のある日常生活の状況について、該当する事項に○を記載してください。

区 分	可能	やや 困難	非常に 困難	不能	区 分	可能	やや 困難	非常に 困難	不能	区 分	可能	やや 困難	非常に 困難	不能
	身 体 移 動						衣 服 の 着 脱						そ の 他	
					リイヤを着る					話し言葉の理解				
					スポンをはく					言葉による意思伝達				
					運動靴を履く					新聞を読む				
					歯を磨く									
					整 容 動 作					勤務の状況				
食 事 動 作					洗 顔					<input type="checkbox"/> 毎日出勤 <input type="checkbox"/> 休暇・休職（ 年 月から） ※休暇・休職の場合、出勤簿及び診 断書の写しを添付してください。				
					和式便所の使用									
					洋式便所の使用									
					浴槽に入る									

補足事項

〔注意事項（1号紙）〕

- 1 療養開始日から1年6か月を経過した日において治めていない場合に同日から1か月以内に所属・任命権者を經由して提出してください。
- 2 年月日の記載には元号を用いる。

* 6 医師の証明（医師記載欄・報告者は記入しないこと。）

(1) 傷病の種類（傷病名・傷病の部位等） ※傷病名又は障害の部位及びその程度を記載してください。

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

※これまでの療養の内容及び経過について、治療を受けた期間と主たる治療及び傷病の経過の概要を記載してください。

(3) 傷病の現状（症状固定している場合 症状固定日 年 月 日）

※引き続き療養を行っている現在の身体の状態についての所見を、次により記載してください。

①主訴〔自訴を列挙して記載してください。〕

②他覚的所見〔症状について、その部位・範囲・程度等を記載してください。〕

③X線所見・その他の主要な検査成績所見〔診断時以前（なるべく3か月以内）の検査所見を記載してください。〕

(4) 傷病の今後の見込み ※今後の治療の要否及び療養等の見通しを、次により具体的に記載してください。

①今後の治療の要否とその概要

②今後6か月間の療養等の見通し〔入院・通院の要否及び治ゆ等の見通し〕

（被災職員氏名）

----- については上記のとおりであると認めます。

年 月 日

医療機関の { 所在地
 { 名称
 { 医師の氏名