既往病歴等報告書

地方公務員災害補償基金沖縄県支部長　殿

所　属

氏　名

１　既往病歴（頚部・腰部以外）の有無（ある場合は病名及び時期を記入すること）

☐　有　　　　　☐　無

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 傷病名 | 発症時期 | 症状、治療経過等 | 治療期間 | 医療機関等の名称 |
|  |  |  |  |  |

２　頚部・腰部の既往病歴の有無（ある場合は病名及び時期を記入すること）

☐　有　　　　　　　　☐　無

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 傷病名 | 発症時期 | 症状、治療経過等 | 治療期間 | 医療機関等の名称 |
|  |  |  |  |  |

３　身　長：　　　　　　　　　ｃｍ　　体　重：　　　　　　　　　ｋｇ

４　その他

上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　年　　　月　　　日

所属名

所属長職氏名