|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日  　　地方公務員災害補償基金広島県支部長　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属  　　　　　　　　　　　　　（被災職員）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  　私の　　　　　　　　　　　　に係る既往症歴について、次のとおり報告します。 | | | | | |
|  | | | 有　　　　・　　　　無 | | |
| 既　　往　　症　　が　　有　　る　　場　　合 | | | | | |
| 傷　病　名 | 発症時期 | 発症原因、症状、治療経過など | | 治ゆ時期 | 受診医療機関 |
|  |  |  | |  |  |

１　医師にかかっていない場合でも、売薬等を用いていたときは、薬品名等を記入すること。

２　健康診断結果、レントゲン写真など、過去の検査データがあれば、添付すること。