|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。