

傷病補償年金の支給決定審査のため、傷病の開始後1年6か月を経過して治ゆ（症状固定）していない場合には、療養状況について報告を求めます。

様式第38号

療養の現状等に関する報告書		認 定 番 号	〇〇-〇〇〇〇
地方公務員災害補償基金広島県支部長 様			
療養の現状等について下記のとおり報告します。			
令和〇〇年〇〇月〇〇日			
報告者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地			
ふりがな ひろしまたろう 氏 名 広 島 太 郎			
所属団体名・所属部局名 〇〇市〇〇課			
1 負傷又は発病の年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
2 療養開始の年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
3 傷 病 名	〇〇〇〇		
4 療 養 の 経 過	令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日までの間、〇〇病院へ入院 退院後、同病院へ週3回程度の通院加療を受け、令和〇年〇月からは復職 し、職場近くの〇〇医院へ転医し、週1回の通院加療を続けている。		
5 日 常 生 活 の 概 要	日常生活に必要な動作は、すべて独力でできるので、大きな支障はない。 ラジオ体操、散歩等により、右下肢の運動障害の回復に努めている。		

[注意事項]

- 1 報告者は、*印の欄には記入しないこと。
- 2 「報告者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

*6 医師の証明

(1) 傷病の種類 (傷病名・傷病の部位等)

○○○○○○

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

右下肢の運動障害に対する投薬及びマッサージ療法を行っている。

(3) 傷病の現状

左下肢のひざ関節に軽度の運動障害がある。

(4) 傷病の今後の見込み

徐々に回復する見込みあり

(報告者の氏名)

広島太郎 については、上記のとおりであると認めます。

令和○○年○○月○○日

医療機関の { 所在地 ○○市○○町○○番地
名称 ○○病院
医師の氏名 ○ ○ ○ ○

(※ 自署又は記名押印)