

添付書類の記載例

支部様式第2号

治療状況報告書

平成〇年〇月〇日

地方公務員災害補償基金熊本県支部長 殿

所属 〇〇課 〇〇係

氏名 熊本 太郎 (印)

私の認定請求傷病に係る治療状況について下記のとおり報告します。

記

医療機関受診時における共済使用の有無を記入してください。

療養の状況	初診日	平成〇年〇月〇日	共済組合員証等使用の有無	<input checked="" type="radio"/> 1 使用(3割自己負担) <input checked="" type="radio"/> 2 不使用(10割自己負担 / 支払保障) <input type="radio"/> 3 その他()
	療養状況	<input type="checkbox"/> 療養終了 [最終通院日] 平成 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 療養継続中 / 1 自宅療養 2 入院 <input checked="" type="radio"/> 3 通院	治ゆの見込み	平成 〇年 〇月頃

通院が終了している場合は、最終通院日を記入してください。

療養中の場合は、治ゆが見込まれる時期を記入してください。

年月日	症状等(自覚症状・勤務状況等)	医療機関・手当等 (医療機関名及び投薬・検査・手術等の治療内容)
平成〇年〇月〇日	負傷 右足関節部が赤く腫れ、痛みがある	〇〇整形外科受診 レントゲン検査 ギブス固定
平成〇年〇月〇日	歩行困難のため自宅療養する	通院 ギブスを外し補装具固定
平成〇年〇月〇日	出勤する 無理な作業ができないため事務作業のみ行う 負担をかける少し痛みがある	〇〇リハビリテーション病院へ転医 リハビリを開始する
平成〇年〇月〇日		

「症状等」の欄には、自覚症状の程度及び勤務状況(出勤の有無等)を記入してください。

「医療機関・手当等」の欄には、医療機関名と通院状況・治療内容を記入してください。

注1 原則として日単位で記入。長期にわたるときは、適宜週又は月単位で記入する。
 注2 「症状等」欄は、痛み等の自覚症状が体のどの部分にどの程度あったか、及び勤務状況(出勤の有無等)を記入する。
 注3 「医療機関・手当等」欄は、医療機関名とその通院状況及び治療内容を記載する。
 なお、医療機関名は必ず転医する毎に記入すること。

※記載上の注意

- ①認定請求時における初診日からの療養状況について記載してください。
- ②通院状況、勤務状況、治ゆの見込み等について、傷病の程度が分かるように詳細に記載してください。
- ③医療機関を変更した場合は、必ず転医日及び転医先の医療機関名を記載してください。