

既往病歴報告書

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金 熊本県支部長 様

所 属
氏 名

私の既往歴について下記のとおり報告します。
記

傷 病 名	発症時期	発症原因・症状・治療経過 ・休業期間等	治ゆ時期	受診医療機関の 名称・所在地

※ 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。