支部様式第17号

**療 養 状 況 報 告 書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 認定番号 |  |
| 　地方公務員災害補償基金京都府支部長　様　　　　　　年　　月　　日に発生した災害の療養状況について報告します。　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 傷病名 | 認定時の傷病名 |  |
| 上記のうち現在受診中のもの |  |
| 傷病の現状 | 日常生活との関係 |  |
|  |
| 勤 務 の 状 況 |  |
|  |
| そ の 他 |  |
|  |
|  ★ 療 養 方 法 | (1) 入 院 | ア　入 院 中　　　イ　入院したことがある　　　ウ　な　　し |
| (2) 通 院 | ア　通 院 中　　　イ　通院していない |
| (3) そ の 他 |  |
| 医 療 機 関 名 | 入 院 （入院期間　 ～ ） |
| 通 院 （報告前１か月診療実日数　　　日） |
| ★ 現在の 治 療 内 容 | 　(1)診　察　　(2)投　薬　　(3)検　査　　(4)注　射　　(5)湿布･包帯交換等　(6)リハビリテーション　(7)レントゲン　(8)その他(　　　　　　　　　　　　) |

|  |  |
| --- | --- |
|  今後の療養 の見込み(治ゆの時期等) |  |
|  |
|  |
|  |
|  ★治 療 費 |  (1)基金あて請求(請求済)　(2)共済組合員証等使用　(3) その他（　　　　　　　　　） |
|  所属長確認 |  　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　 　所　　属　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |

 (注) ★欄は、該当事項に○印を付してください。