

既往病歴報告書

年 月 日

地方公務員災害補償基金岡山県支部長 殿

所属 _____

氏名 _____ ㊞

私の既往病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, 治療経過等	治癒時期	関係機関 名称, 所在地