既 往 歴 に つ い て の 申 立 書

|  |  |
| --- | --- |
| ○災害発生前における本件疾病に関する既往症  （本件疾病に関係する  と思われる疾病を含む。） | （医療機関での治療）　　　　　　あ　　り　　・　な　　し  （受診歴のない場合、自覚症状）　あ　　り　　・　な　　し |
| （ありの場合）  ○症状発生年月日及びその程度  （再発等も含め具体  的に記入すること。）  ○医療機関における治療状況  （医療機関名、診断名、治療期間、治療日数等） |  |
| ○災害前1 カ月間の症状 |  |
| 上記のとおり相違ありません。  　　　　　 　　　年　　　月　　　日  　 被災職員　　 所 属  　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　職・氏名 | |