

(請求する病気やけがが複数ある場合は、それぞれ用紙を分けて記入してください。)

病歴状況	傷病名 ← A(冊子P12)
発病日 ← 元号を選んでください B(冊子P12) 月 日	初診日 ← 元号を選んでください C(冊子P12) 月 日
<p>記入する前にお読みください。</p> <p>○ 次の欄には障害の原因となった病気やけがについて、発病したときから現在までの経過を年月順に期間をあげずに記入してください。</p> <p>○ 受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師から指示された事項、転医・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入してください。</p> <p>○ 受診していなかった期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などについて具体的に記入してください。</p> <p>○ 健康診断などで障害の原因となった病気やけがについて指摘されたことも記入してください。</p> <p>○ 同一の医療機関を長期間受診していた場合、医療機関を長期間受診していなかった場合、発病から初診までが長期間の場合は、その期間を3年から5年ごとに区切って記入してください。</p>	
1	<div> <div> 元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名 </div> <div> Q&A参照 (冊子P17) </div> </div> <div> D(冊子P12～P13) </div>
2	<div> <div> 元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名 </div> <div> E(冊子P13～P16) </div> </div>
3	<div> <div> 元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名 </div> </div>
4	<div> <div> 元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名 </div> </div>
5	<div> <div> 元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名 </div> </div>

※裏面（署名欄）も記入してください。