別記群地基様式第２号の３

症 状 等 経 過 報 告 書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年月日 | 症状、手当、受診しなかった理由 等 | 受診医療機関等 |
|  |  |  |
| 　被災（発症）時から初診時及び現在までの経過は上記のとおりです。　　　　　　年　　　月　　　日　　　所属部局　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名　 　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|

※　被災日以降原則として日単位で記入し、長期にわたるときは、適宜週単位等で記入してください。

※　「症状、手当、受診しなかった理由等」欄は、痛み等の状況や自身で行っていた処置、受診しなかった（できなかった）理由や事情等について記入してください。

※　「受診医療機関等」欄は、初診後の状況について記入してください。