

部位と症状を記入してください。

療養経過報告書

年・月・日	療養経過 (通院等)	自覚症状等	医療機関名	療養内容・ 勤務・生活態様
災害発生日 (令和〇〇年〇〇月〇〇日)	通院(自宅療養)	右足に痛みがある。	〇〇病院	右足部をギプスで固定する。 松葉杖での生活。
令和〇〇年〇〇月〇〇日	通院(自宅療養)	右足に痛みがある。	〇〇病院	画像診断を行い経過観察。 翌日から出勤し、デスクワークを行う。
令和〇〇年〇〇月〇〇日	通院	右足の痛みがなくなる。	〇〇病院	画像診断を行い固定しているギプスを外す。
令和〇〇年〇〇月〇〇日	通院	右足を動かすと痛みがある。	▲▲クリニック	運動時痛があるため、リハビリのため、▲▲クリニックへ転医の紹介を受ける。
令和〇〇年〇〇月〇〇日	通院	右足を動かすと痛みがある。	▲▲クリニック	運動時痛があるため、リハビリを始める。
令和〇〇年〇〇月〇〇日	通院	右足を動かした時の痛みがなくなる。	▲▲クリニック	運動時痛がなくなるも、機能回復のため、リハビリを継続。 デスクワークでの勤務。
令和〇〇年〇〇月〇〇日	通院	右足の機能回復	▲▲クリニック	機能回復のため、最終受診となった。 勤務、私生活に支障なし。
令和〇〇年〇〇月〇〇日			所 属 〇〇立〇〇〇学校	
			氏 名 〇〇 〇〇〇	

欄外の注意事項①～③に留意して、記入してください。

- ① 原則として日単位で記入してください。長期にわたる場合で同様の態様が継続する場合等は、適宜週単位等でまとめて記入いただいて結構です。なお、記入しきれない場合は、適宜別紙に記入してください。
- ② 自覚症状の部位等についても記入してください。
- ③ 医療機関等を受診した場合は、医療機関名及び具体的な診療内容について記入してください。