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

年　　月　　日

所　属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。