

既往病歴申立書

年 月 日

地方公務員災害補償基金
奈良県支部長殿

住 所 ○○市○○町○○番地

氏 名 篠原 友子

【既往病歴等がない場合】

私（**篠原 友子**）は、災害発生日（**令和 ○○年 1月 10日**）以前に（**腰椎捻挫**）やその他関連傷病を患ったことはなく、既往歴が無いことを申し立てます。

【既往病歴等はあるが、医療機関での受診歴がない場合】

私（**篠原 友子**）は、災害発生日（**令和 ○○年 1月 10日**）以前から（**腰痛**）等の症状がありました。

【既往病歴等があり、医療機関での受診歴がある場合】

私（**篠原 友子**）は、災害発生日（**令和 ○○年 1月 10日**）以前に以下のとおり（**腰椎捻挫**）関連の傷病を患い、医療機関を受診しました。

傷病名：**腰部捻挫** 診療機関名：**角川整形外科** 期間：**平成0年4月12日~平成0年5月29日**

傷病名：**腰椎椎間板ヘルニア** 診療機関名：**木原整形外科** 期間：**平成0年2月10日~平成0年6月15日**