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。