

療養の現状等に関する報告書

認定番号

地方公務員災害補償基金

大分県 支部長 殿

下記のとおり療養の現状等について報告します。

年 月 日

報告者の住所

フリガナ
氏名

所属団体名
所属部局名

1	負傷又は発病の年月日	年 月 日
2	療養開始の年月日	年 月 日
3	傷病名	
4	療養の経過	
5	日常生活の概要	

※当該傷病に関係のある日常生活の状況について、次に該当する事項ごとに具体的にその能力、程度を記載するほか、日常生活の状況が今後6か月以内に変化する見込みについて、その有無及びその理由を記載すること。

①行動能力 ②食事 ③上肢筋力 ④用便 ⑤歩行 ⑥精神能力 ⑦言語能力 ⑧療養管理等

[注意事項 (1号紙)]

- 1 報告者は、*印の欄には記入しないこと。
- 2 年月日の記載には元号を用いる。

療養の現状等に関する報告書

認定番号

〇〇〇〇〇〇〇〇〇

地方公務員災害補償基金

大分県 支部長 殿

下記のとおり療養の現状等について報告します。

令和〇 年 〇 月 〇 日

報告者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇マンション〇〇号室

フリガナ 大分 太郎
氏名 オオ イタ タ ロウ所属団体名 大分県総務部 人事課
所属部局名

1 負傷又は発病の年月日 令和〇 年 〇 月 〇 日

2 療養開始の年月日 令和〇 年 〇 月 〇 日

3 傷病名 左大腿骨骨幹部骨折

4 療養の経過

負傷 1 週間後に手術を受け入院（30 日間）。通所リハビリを経て（120 日間）、現在、
月 1 回程度の経過観察のため通院中。

5 日常生活の概要

※当該傷病に関係のある日常生活の状況について、次に該当する事項ごとに具体的にその能力、程度を記載するほか、日常生活の状況が今後 6 か月以内に変化する見込みについて、その有無及びその理由を記載すること。

①行動能力 ②食事 ③上肢筋力 ④用便 ⑤歩行 ⑥精神能力 ⑦言語能力 ⑧療養管理等

⑤歩行についてはほぼ問題はないが、階段昇降時などに違和感がある。

⑧令和〇年〇月ごろに抜釘の予定。

〔注意事項（1 号紙）〕

- 1 報告者は、*印の欄には記入しないこと。
- 2 年月日の記載には元号を用いる。

* 6 医師の証明	
(1) 傷病の種類 (傷病名・傷病の部位等) 公務上若しくは通勤による傷病名の部位及びその程度を分かりやすく記載してください。 左大腿骨骨幹部骨折	
(2) 傷病の経過及び治療方法の概要 過去1年間における療養の内容及び経過について、治療を受けた期間と主たる治療及び傷病の経過の概要を記載してください。 左大腿骨骨幹部骨折に対し、髄内釘固定術施行。現在、当院にて経過観察中。	
(3) 傷病の現状 引き続き療養を行っている現在の身体の状態についての所見を、次により記載してください。 ①主訴 ②他覚的所見 ③エックス線、心電図、脳波及び筋電図等の所見並びにその他の主要な検査成績所見 ① 階段昇降時の違和感 ②軽度の知覚鈍麻 ③エックス線上骨癒合	
(4) 傷病の今後の見込み ア 今後の治療の要否とその概要 いずれかに○→ [入院要 ・ 入院否] いずれかに○→ [治療要 ・ 治療否] 治療の概要 [令和○年○月に抜釘し、終診予定] ----- イ 今後6か月の療養等の見通し 治ゆ(症状固定)の日又は治ゆ(症状固定)見込みの時期 [令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日] ※治ゆ(症状固定)とは、完全治ゆのほか、その症状が固定し、もはや医療効果が期待できなくなった状態をいうものとして記入をお願いします。	
(報告者の氏名) 大分 太郎	については上記のとおりであると認めます。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 医療機関の { 名称 ○○整形外科 所在地 ○○市○○町○—○ 医師の氏名 ○○ ○○ 印