様式第４号（第15条関係）

傷病状況報告書

八頭町長　　　　様

所属

職氏名　　　　　　　　　　㊞

下記のとおり、療養の状況を報告します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 生年月日・年齢 | 年　月　日　　歳 | 性別 | 男・女 |
| 健康管理区分 |  | 現健康管理区分の決定年月日 |  |
| 傷病名 |  | | |
| 療養の方法 | 入院・通院（月・週　　回） | | |
| 医療機関の名称 |  | | |
| 療養の経過及び現況 |  | | |
| 備考 |  | | |