

地方公務員災害補償基金高知県支部長 様

平成30年〇月〇日

住 所 〇〇市〇〇町〇〇番地  
電 話 番 号 〇〇〇-〇〇〇〇  
氏 名 土佐 太郎  
(現)所属団体名 〇〇市〇〇部〇〇課  
・所属部局名



療養の現状等について下記のとおり報告します。

記

- 1 認定番号及び認定傷病名  
2018-〇〇〇〇 右アキレス腱断裂
- 2 現在治療を受けている医療機関名  
〇〇病院
- 3 療養の経過 (どのような治療をしてきて現在どのような状態か、そのほか通院の状況)  
(災害発生日：平成30年7月1日)  
7月1日に手術後2週間入院し、退院後は通院によりリハビリを行っている。  
通院回数は週〇回で、最初は装具を装着していたが、現在ははずしている。
- 4 日常生活の概要 (現在の勤務形態や自宅での状況等)  
2か月の病気休暇の後、職場に復帰しているが、デスクワーク中心になるよう配慮してもらっている。  
家庭では医師の勧める運動等を無理をしない程度に行っている。

注) 針刺し等による汚染事故の公務災害で血液の追跡検査が療養の対象となっている場合は、上記3の療養の経過欄には、実施した検査結果を記載(又は検査結果票写しを貼付。)し、4の日常生活の概要欄には記入の必要はないこと。

(書ききれない方は裏面にも書いてください。)