療養状況調査票Ⅰ

（神経系統又は精神の障害となった原因となった傷病の療養状況）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 認定番号 |  － |
|  |  |  |  |  |  |
| １　被災日から治ゆ日までの療養歴（入院と通院を区分） |
|  | 診断傷病名 | 療養期間 | 医療機関名 | 入院／通院 |
|  |   |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ２　医療機関所在等 名　称： 所　在： 連絡先： |