

非常勤職員公務災害補償等
療養の現状等に関する報告書

認定番号

〇〇 - 〇〇

福島県市町村総合事務組合管理者

下記のとおり療養の現状等について報告します。

令和〇年〇〇月〇〇日

報告者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地

ふりがな

氏名 福島太郎

所属団体名・ 〇〇市

所属部局名 〇〇課〇〇係

1 負傷または発病の年月日

令和〇年〇〇月〇〇日

2 療養開始の年月日

令和〇年〇〇月〇〇日

3 傷病名

頭部外傷、せき髄損傷

4 療養の経過

負傷後〇〇病院に入院し、〇〇月〇〇日手術を受けたが、両手足が麻痺しつつあり、同病院で現在も治療を受けている。

ただ、医師の話では、症状固定には至っていないとのことである。

5 日常生活の概要

〇〇病院に入院しているが、寝たきりの状態で両手足にしびれ、脱力感があり、食事、用便、入浴等すべて付添者の介助を受けている。

療養の開始後1年6か月を経過した日において負傷又は疾病が治っていない者が報告することとなる。

※6 医師の証明

(1) 傷病の種類(傷病名・傷病の部位等)

頭部外傷、せき髄損傷

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

受傷後〇月〇日に手術を施行するも、せき髄の損傷は回復せず、寝たきりの状態が続いており、投薬、ブロック注射にて治療を続けている。

(3) 傷病の現状

四肢にしびれがあり、四肢の筋肉拘縮も始まっており、徐々に完全麻痺に近づいている。

なお、常時介助が必要な状態である。

労働能力の有無等についても記入

(4) 傷病の今後の見込み

徐々に完全麻痺に近づいており、今後も長期間の治療リハビリを要すると思われる。

症状固定の有無等についても記入

(報告者の氏名)

福島太郎 については上記のとおりであると認めます。

令和〇年〇〇月〇〇日

医療機関の
所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地
名称 〇〇病院
医師の氏名 医師 〇 〇 〇 〇