**傷病再発に関する意見書（労災保険）**

|  |  |
| --- | --- |
| 被災労働者の氏名 |  |
| 旧傷病の発生年月日 | 年　　月　　日 | 旧傷病の治ゆ年月日 | 年　　月　　日 |
| 旧傷病の治ゆ時の病名及びその状態 |  |
| 再発後の初診日、及び病名並びに症状 | 初診日　 年　 月　 日 |
|  |
| 再発後の治療概要及び症状経過の概要 |  |
| 旧傷病との因果関係悪化した原因再発と認める理由 |  |
| その他参考事項 |  |

上記のとおり相違ないことを認めます。

年　　　月　　　日

医療機関　　　名　称

所在地

㊞

医　師