相談受付票

受付日 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名・性別 | フリガナ氏名 |  |  |  |  | 男 ・ 女 |
| 〒・住所 | フリガナ〒 |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 |  | 月 |  | 日**(** | 歳**)** |
| 傷病名 |  |
| 初診日と医療機関 | 昭和・平成医療機関名**(** |  | 年 |  | 月 | 日 | **)** |
| 障害認定日 | 昭和・平成 |  | 年 |  | 月 | 日 |
| 初診日の年金加入状況 | 厚生年金 | 国民年金 共済年金 |  |
| 障害年金手帳の有無 | 手帳名**(** |  |  |  |  | **)** 級 |
| 家族構成 | 配偶者： 有 ・ 無 | 子供**(18** 歳以下**)** | 人 |
| 年金手帳を受け取ったか**?** | **Yes** |  |  |  | **No** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 障害年金を知ったきっかけ（検索したキーワードなど） |  |
| 今、困っていること |  |
| 周囲の障害年金受給状況 |  |

初診日から現在までの傷病

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院名と受診期間 | 治療内容 | 日常生活の状況（不自由さ） |
| 医療機関名年 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 日 |  |
| 医療機関名年 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 日 |  |
| 医療機関名年 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 日 |  |
| 医療機関名年 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 日 |  |
| 医療機関名年 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 日 |  |
| 医療機関名年 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 日 |  |
| 医療機関名年 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 日 |  |

特記事項