

No.

相談受付票

受付日 年 月 日

|              |                         |
|--------------|-------------------------|
| 氏名・性別        | フリガナ<br>氏名<br>男・女       |
| 〒・住所         | フリガナ<br>〒               |
| 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 年 月 日<br>医療機関名( ) |
| 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                  |

No.

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| 障害年金を知ったきっかけ<br>(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<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |                     |
| 医療機関名<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |                     |
| 医療機関名<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |                     |
| 医療機関名<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |                     |
| 医療機関名<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |                     |
| 医療機関名<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |                     |
| 医療機関名<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |                     |

## 特記事項