相 談 票

【 相談日にご準備いただくもの 】

①年金手帳　　②印鑑　　　③障害者手帳（障害者手帳をお持ちの場合）

④障害者手帳申請時に使用した診断書の写し

（障害者手帳をお持ちの方で、お手元に保管している場合）

相談日　 令和 年　　月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（フリガナ）・性別 | フリガナ氏　　名男 ・ 女 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号、携帯番号（連絡をして良い番号）※本人以外への電話対応確認 |  |
| FAX の有無・番号 | 有 　FAX番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　）無 |
| メールアドレス |  |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日（ 歳） |
| 家族構成、生活の場 | 配偶者 有 ・ 無 子供（18 歳以下） 人単身・家族と同居ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ・入院中・入所施設・入院中・寮その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 傷病名（上記に関連する傷病）※その他の病気の有無 |  |
| 障害者手帳の有無 | 手帳名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）　 　級交付日 平成 年 月 日 |
| 発病日とその時の状態発病から初診までの状態健康診断等での指摘有無　　有　　・　　無 | 発病日 平成 年 月 症状 |
| 初診日と医療機関名 | 初診日 平成 年 月 日医療機関名医療機関所在地 |
|  基礎年金番号初診日の時の加入年金 | 　　　　　　－国民年金 厚生年金 共済年金 |
| 年金保険料の納付状況 | 初診日がある月の2か月前までの直近1年間の未納　　有　・　無 |

【 初診から現在までの状況 】

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名と受診期間 | 自覚症状、通院回数、治療内容、薬の名称、仕事の状況、 医師からの指示事項、日常生活の状況（不自由さ）など |
| 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 】