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 】