

【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 票

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 グループホーム・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 】