

【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	

【 特記事項 】