相 談 票

相談日 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名・性別 | 男 ・ 女 |
| 郵便番号  住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX の有無・番号 | 有 ・ 無 |
| メールアドレス |  |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日（ 歳） |
| 家族構成 | 配偶者 有 ・ 無 子供（18 歳以下） 人 |
| 傷病名 |  |
| 障害者手帳の有無 | 手帳名（ ） 級  交付日 平成 年 月 日 |
| 発病日とその時の症状 | 発病日 平成 年 月　　　日  症 状 |
| 初診日と医療機関名 | 初診日 平成 年 月 日  医療機関名： |
| 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 】