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 】