

相談日　令和 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、療育手帳の有無 | 手帳名（ ） 級交付日 平成・令和　　年 月 日 |
| 発病日とその時の症状 | 発病日 平成・令和　　年 月　　日 症 状 |
| 初診日と医療機関名 | 初診日 平成・令和　　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 |  |
| 老齢年金を繰上げ又は繰下げ受給する予定はありますか？ |  |
|  次の制度から支給を受けている、受けたことがありますか？ | 　傷病手当金　・　児童扶養手当　・　生活保護　労災保険　・　失業保険 　・　遺族年金 |
| ご相談の傷病名の他に既往症、既存障害はありますか？ | 　 |
| 配偶者について現在、老齢年金又は障害年金を受給していますか？ |  |

【 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 |  |
| 医療機関名年　　月　　日～年　　月　　日 |  |