

相談票



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? | |

相談票

【 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 | |