

No.

### 相談受付票

受付日 年 月 日

氏名・性別	男 ・ 女
〒・住所	
電話番号 メールアドレス	TEL : E-mail :
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
傷 病 名	
初めて病院へ行った日 と 医療機関	初 診 日 平成 年 月 日 医療機関名
初めて病院へ行った日に加 入していた年金	厚生年金 国民年金 共済年金
障害者手帳の有無	手帳名 ( ) 級
家族構成	配偶者 有 無 子供 (18歳以下) 人
年金手帳を受け取ったか?	Yes No
障害年金を知ったきっかけ (検索したキーワードなど)	

No.

初診に至るまでの経過	時期：
	症状：
	経過：

初診日から現在までの状況

病院名と受診期間	治療内容・日常生活の状況（不自由さ）をできるだけ詳しくご記入ください。
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	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	

No.

特記事項

No.