

同意確認・・・「個人情報 は年金手続業務にのみ利用いたします。」

※同意いただけない場合は、受付することができません。

相談受付表

受付日 年 月 日

氏 名	(フリガナ)	性 別
		男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)	
年金番号	—	
住 所	〒	
電話番号		
FAX 番号		
メールアドレス		
傷 病 名		
初 診 日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
初診医療機関		
障害認定日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
初診日の年金加入状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金	
障害者手帳	手帳名 () 級	
家族構成	配偶者： 有 ・ 無 子供 (18 歳以下)：	
障害年金のきっかけ (検索キーワード等)		
周囲の障害年金状況		
発病したときの状況		
発病から初診までの状態		
その他		

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）
医療機関： 年 月 日 ～ 年 月 日	
医療機関： 年 月 日 ～ 年 月 日	
医療機関： 年 月 日 ～ 年 月 日	
医療機関： 年 月 日 ～ 年 月 日	
医療機関： 年 月 日 ～ 年 月 日	

精神疾患の場合に記入（一人暮らしを想定し、何ができて何ができないか）

適切な食事 （調理・飲食）	
身の清潔保持 （清掃・入浴・着替え）	
金銭管理と買い物	
通院と服薬	
他人との意思伝達と 対人関係	
身の安全保持及び 危機対応	
社交性 （銀行や役所の手続）	