

# 【相談受付票】

google or yahoo

続柄	本人	家族( )	その他( )	記入日	年	月	日
氏名				性別	男・女		
住所	〒						
電話番号	固定			家族構成	配偶者 有・無 18歳以下(障害有なら20歳以下)の子供 人		
	携帯						
メールアドレス							
生年月日	S・H	年	月	日( 歳)	※65歳以上の場合は、 初診日が64歳以前か要確認		
傷病名							
病気の症状							
障害者手帳 有・無	手帳名( )		級	交付日	年	月	日
具合が悪くなって最初に病院に行ったのはいつ頃ですか？			<b>初診日</b> S・H 年 月 日( 歳)				
その当時どこかにお勤めでしたか？			はい → 厚年・共済・その他 いいえ → 自営・無職・未加入				
年金の保険料を納めていましたか？			→ 納付・未納				
病歴	自覚症状、通院回数、治療内容、薬の名前、医師からの指示、日常生活の状況、就労について(不自由さ)etc ※箇条書き						
初診の 病院名 年 月 日 ~ 年 月 日							
病院名 年 月 日 ~ 年 月 日							
病院名 年 月 日 ~ 年 月 日							
病院名 年 月 日 ~ 年 月 日							
備考							

<p style="text-align: center;"><b>病歴</b></p>	<p>自覚症状、通院回数、治療内容、薬の名前、医師からの指示、日常生活の状況、就労について(不自由さ)etc ※箇条書き</p>
<p>病院名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 ~ 年 月 日</p>	
<p>病院名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 ~ 年 月 日</p>	
<p>病院名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 ~ 年 月 日</p>	
<p>病院名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 ~ 年 月 日</p>	
<p><b>【ご準備するもの】</b>            ①年金手帳 ②印鑑 ③年金機構から届いた書類(ねんきん定期便等)            ④お薬手帳 ⑤障害者手帳</p> <p>※その他傷病に関係しそうなものをご準備下さい。(診察券、検査結果通知書等)</p> <p><b>【特記事項】</b>            ※ 月 日 曜日 : ~ 来訪・訪問( )</p>	