

【相談受付票】		月 日 曜日		： ～ 来訪・訪問()	
続柄	本人	家族()	その他()	基礎年金番号	-
氏名	旧姓		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			google or yahoo		
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？		初診日 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		
年金の保険料を納めていましたか？		いいえ →	自営・無職・未加入		
		→	納付・未納・3号		
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					

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
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	

【ご準備するもの】

- 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

※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)

【特記事項】

			名前	フリガナ	
配偶者	年 月	日生	_____		()
妻の基礎年金番号					
子供	年 月	日生	_____		()
子供	年 月	日生	_____		()
子供	年 月	日生	_____		()