

# 相談受付票

記入日            年            月            日

氏名・性別	男 ・ 女
住所	〒
電話番号	
生年月日	年            月            日 (            歳)
傷 病 名	
初診日と医療機関	<u>初 診 日</u> 年            月            日  <u>医療機関名</u>
障害認定日	年            月            日
初診日の年金加入状況	<div>厚生年金            国民年金            共済年金</div>
障害者手帳の有無	有    (            級    )    ・    無
家族構成	配偶者    有    無            子供 (18 歳以下)            人
基礎年金番号	

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	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	

<特記事項>