

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	初 診 日	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	厚生年金	国民年金	共済年金
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>