

【相談受付票】

分かる範囲でご記入ください

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		
	携帯				18歳以下(障害有なら20歳以下)の子供 人		
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？	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				
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】

※ 月 日 曜日 : ~ 来訪・訪問()