

相談票

相談日 年 月 日

氏名・性別	男・女
〒番号・住所	〒
電話番号	
FAXの有無・番号	有・無
メールアドレス	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
家族構成	配偶者 有・無 子供(18歳以下) 人
傷病名	
障害者手帳の有無	手帳名 () 級 交付日 平成 年 月 日
発病日とその時の症状	発病日 平成 年 月 日 症 状 〔 〕
初診日と医療機関名	初診日 平成 年 月 日 医療機関名
初診日の時の加入年金	国民年金 厚生年金 共済年金
年金保険料の納付状況	

【 初診から現在までの状況 】

医療機関名と受診期間	自覚症状、通院回数、治療内容、薬の名称、仕事の状況、医師からの指示事項、日常生活の状況（不自由さ）など
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 】