

【障 害 年 金 相 談 票】

氏 名		相談者名	本人以外の場合 (続柄)	
住 所	〒 ー			
生 年 月 日	年 月 日	電話番号	ー ー	
メールアドレス	@			
家 族 構 成	配偶者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 65歳以上)		子(18歳以下)： 人	
基礎年金番号	ー		他同居家族： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
仕 事	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()			
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中	交 付 日	年 月 日	
	級	障 害 名		
傷病手当金受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月 日から)		自立支援医療利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
アンケートにご協力ください				
障害年金を 知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 年金事務所 <input type="checkbox"/> 市役所 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 他			
インターネット検索	<input type="checkbox"/> スマートフォン <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 他	ネット 検索語	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 傷病名 <input type="checkbox"/> 地域名 <input type="checkbox"/> 他	
これまでの相談先	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 年金事務所 <input type="checkbox"/> 市役所 <input type="checkbox"/> 社労士 <input type="checkbox"/> 他			
相談前の疑問など	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 受給できるかどうか <input type="checkbox"/> 費用 <input type="checkbox"/> 初診日の証明 <input type="checkbox"/> その他 ()			
当事務所を選んだ理由	<input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> 電話対応 <input type="checkbox"/> ホームページの内容 <input type="checkbox"/> 出張相談 <input type="checkbox"/> その他 ()			

(病歴経過等は次頁にご記入ください)

山口社会保険労務士事務所

病歴経過・就労・日常生活状況等

自覚症状、日常生活の支障などを具体的にご記入ください（箇条書きで構いません）	
傷 病 名	
初めて受診した頃の加入年金	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金
発症日(具合の悪くなり始めた日) 年 月 日頃	発症当時の症状
(初めての医療機関名)	(就労日数____日/1か月平均)
_____	(入院期間: 月 日 ~ 月 日)
_____科	-----
通院回数____回/1か月平均	-----
_____年 月 日から	-----
_____年 月 日まで	-----
(次の医療機関名)	(就労日数____日/1か月平均) (転医理由 _____)
_____	(入院期間: 月 日 ~ 月 日)
_____科	-----
通院回数____回/1か月平均	-----
_____年 月 日から	-----
_____年 月 日まで	-----
(次の医療機関名)	(就労日数____日/1か月平均) (転医理由 _____)
_____	(入院期間: 月 日 ~ 月 日)
_____科	-----
通院回数____回/1か月平均	-----
_____年 月 日から	-----
_____年 月 日まで	-----