

障害基礎年金 初回相談調査票

氏名: _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 障害年金を請求する病名をご記入ください。 _____

2. 障害者手帳、療育手帳等をお持ちですか? 持っている・持っていない

手帳についてご記入ください。手帳交付年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

手帳の種類: 身体障害者・精神障害者保健福祉・療育 手帳

3. 1の病気の関係で初めて病院に行った時のことをご記入ください。

ア. 初めて行った病院: _____

イ. アの病院で初めて診察を受けた日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

ウ. アの病院に通院していた時のカルテの有無を病院に確認してください。

カルテの有無: あり・なし 病院に確認した日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

確認方法: _____

4. 1の病気に関する症状で行った病院の通院歴を全てご記入ください。

(初診の病院から現在まで通院した病院を全て記入してください。1の病気に関係ない通院歴は書かないでください。)

	病院名	病名	通院期間	カルテ 有無※
1			____ 年 ____ 月 ____ 日 ～ ____ 年 ____ 月 ____ 日	あり・なし
2			____ 年 ____ 月 ____ 日 ～ ____ 年 ____ 月 ____ 日	あり・なし
3			____ 年 ____ 月 ____ 日 ～ ____ 年 ____ 月 ____ 日	あり・なし
4			____ 年 ____ 月 ____ 日 ～ ____ 年 ____ 月 ____ 日	あり・なし
5			____ 年 ____ 月 ____ 日 ～ ____ 年 ____ 月 ____ 日	あり・なし