

障害基礎年金 初回相談調査票

※のついている欄を入力する時は、プルダウンから選択してください。

氏名: 四街道 太郎 生年月日: 昭和60年 4月 30日

1. 障害年金を請求する病名をご記入ください。 統合失調症

2. 障害者手帳、療育手帳等をお持ちですか? 持っている※

手帳についてご記入ください。手帳交付年月日: 平成30年 6月 25日

手帳の種類: 精神障害者保健福祉※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: ●●●●●●●●クリニック

イ. アの病院で初めて診察を受けた日: 平成 28年 2月 12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※ 病院に確認した日: 令和7年 3月 19日

確認方法: 電話

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	<u>●●●●●●●●クリニック</u>	不安症	平成28年 2月12日から 令和 3年11月12日まで	あり
2	<u>■●●■心療内科</u>	うつ病	平成29年10月10日のみ	なし
3	<u>◎◎◎◎◎クリニック</u>	うつ病	令和 3年11月15日から 令和 4年 4月19日まで	あり
4	<u>▲▲▲▲▲▲▲病院</u>	統合失調症	令和 4年 4月28日から 令和 7年 3月17日まで	あり
5	<u>◆◆◆病院</u>	統合失調症	令和 7年 3月17日から 通院中	あり