初めて相談される方へ

**障害年金相談シート**

令和　　年　　月　　日

記入者氏名　　　　　　　　　　請求者との関係　（　　　　　　　　　　　）

◎年金の相談にあたって、次の質問についてわかる範囲でお答えください。

　※相談時間が短縮できますのでご協力お願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| １．請求者はどなたになりますか | [ ] 氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 生年月日（　　　　　年　　　　　月　　　日）　年　　齢（　　　　　　　　歳） |
| 2.ご相談の傷病名を記入してください。（又は障害の状態を記入してください。） | 傷病名　 （　 　　　　 　　　 　 　　　　 ） |
| 3.ご相談の傷病（病気・けが等）の原因はなんですか。 | [ ] 不明　　[ ] 先天性　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] 事故等（　　　　　　　　　　 　 　 　　 ）[ ] その他（　　　　　　　　　 　　　 　 ） |
| 4.いつ頃症状がでてきましたか。 | [ ] 先天性[ ] 20歳前（昭和・平成・令和　 年　　月　　日頃）[ ] 20歳後（昭和・平成・令和　 年　　月　　日頃） |
| 5.健康診断等で指摘されたことはありますか。 | [ ] 指摘あり（昭和・平成・令和　年　　月　　日）[ ] 指摘なし |
| 6．その傷病で初めて医療機関にかかったのはいつですか。 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 |
| (その当時お勤めはしていましたか。) | [ ] はい[ ] いいえ |
| 7．初めて医療機関にかかってから今までの通院歴を記入してください。 | 医療機関名（　　 　 ）→（　　　　　　 ）→（ 　 　 　 　　 ）→(　 　　 )→（　　　　　　 　 ）→（　　 　 　　 ） |
| 8.障害者手帳等の交付を受けていますか。 | [ ] 受けている　[ ] 受けていない[ ] 申請中（　　　　　　　　　　　　　　手帳） |
| （交付を受けている場合、手帳の種類） | [ ] 身体障害者手帳[ ] 精神障害者手帳[ ] 療育手帳[ ] その他（　　　　　　 　） |
| 9．障害年金について医師に相談したことがありますか。 | [ ] ある[ ] ない |
| １０．障害年金請求者は現在生活保護を受給してますか | [ ] はい[ ] いいえ |