

【相談票】

お分かりになる範囲で結構です。ご記入のご協力をお願い致します。

記入日 年 月 日

氏名・性別（ふりがな）	男 ・ 女
住所（建物名）	〒 ー
連絡先（本人）	自宅又は携帯： ー ー Email：
連絡先（家族）※任意	自宅又は携帯： ー ー Email：
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 （ 歳）
家族構成	配偶者 有 ・ 無 子供（18歳以下、障害有は20歳以下） 人
現在の生活	<input type="checkbox"/> 親と同居 <input type="checkbox"/> 配偶者・子と同居 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> その他
現在の仕事	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他
※就労中・休職中の場合 就労形態及び配慮	<input type="checkbox"/> 一般雇用 <input type="checkbox"/> 障害者雇用 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 配慮 有 ・ 無
生活資金の提供者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居親族 <input type="checkbox"/> 別居親族 <input type="checkbox"/> その他
福祉サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> その他
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"/> 区役所 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他
これまでの相談先	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> ケースワーカー <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 年金事務所 <input type="checkbox"/> 区役所 <input type="checkbox"/> 社会保険労務士 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 相談していない
医師への報告等	障害年金受給相談 済 ・ 未済 社労士介在への了承 済 ・ 未済
傷病名	
既往歴（これまでかかったことのある病気・ケガ等）	
同一傷病での健康保険の 傷病手当金の受給状況	<input type="checkbox"/> 受給無し <input type="checkbox"/> 受給あり（受給期間： ～ ）
障害者手帳	有 ・ 無 有の場合 手帳名（ ） 級
ご希望の連絡方法と順位 ※希望しない場合は×をつける	（ ） 自宅電話 （ ） 携帯電話 （ ） 家族への電話 （ ） メール （ ） LINE （ ） Zoom その他の方法（ ）

1. 発症～初診日～現在までの状況

病院名と受診期間	状況
発症日 昭和・平成・令和 年 月 日	発症当時の状況・病院へ行くことになったきっかけ
病院名 () 受診期間 昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日 ●最初に病院へ行った日(初診日)に加入していた年金制度 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 不明 ●初診日当時の職業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 ●初診日以前の年金保険料納付状況 <input type="checkbox"/> 全て納付している(保険料免除含む) <input type="checkbox"/> 一部納付していない(滞納している)期間あり <input type="checkbox"/> はっきり分からない	前医からの紹介状: <u>有</u> ・無 通院頻度: 月 <u> </u> 回 又は 週 <u> </u> 回 入院: <u>有</u> ・無 診断名: 治療内容・治療経過・主な症状: ※内容・経過等が分かる資料が手元にある場合は省略可
病院名 () 受診期間 昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日 ●上記期間の職業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職	前医からの紹介状: <u>有</u> ・無 通院頻度: 月 <u> </u> 回 又は 週 <u> </u> 回 入院: <u>有</u> ・無 診断名: 治療内容・治療経過・主な症状: ※内容・経過等が分かる資料が手元にある場合は省略可

《その他 特記事項》

今、日常生活他で困っていること・相談したいことなどご記入ください。

2. ～現在までの状況（続紙）

<p>病院名 ()</p> <p>受診期間 昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日</p> <p>●上記期間の職業 <input type="checkbox"/>会社員 <input type="checkbox"/>自営業 <input type="checkbox"/>主婦 <input type="checkbox"/>学生 <input type="checkbox"/>無職</p>	<p>前医からの紹介状： <u>有</u> ・ <u>無</u></p> <p>通院頻度： 月 <u> </u> 回 又は 週 <u> </u> 回</p> <p>入院： <u>有</u> ・ <u>無</u></p> <p>診断名：</p> <p>治療内容・治療経過・主な症状： ※内容・経過等が分かる資料が手元にある場合は省略可</p>
<p>病院名 ()</p> <p>受診期間 昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日</p> <p>●上記期間の職業 <input type="checkbox"/>会社員 <input type="checkbox"/>自営業 <input type="checkbox"/>主婦 <input type="checkbox"/>学生 <input type="checkbox"/>無職</p>	<p>前医からの紹介状： <u>有</u> ・ <u>無</u></p> <p>通院頻度： 月 <u> </u> 回 又は 週 <u> </u> 回</p> <p>入院： <u>有</u> ・ <u>無</u></p> <p>診断名：</p> <p>治療内容・治療経過・主な症状： ※内容・経過等が分かる資料が手元にある場合は省略可</p>
<p>病院名 ()</p> <p>受診期間 昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日</p> <p>●上記期間の職業 <input type="checkbox"/>会社員 <input type="checkbox"/>自営業 <input type="checkbox"/>主婦 <input type="checkbox"/>学生 <input type="checkbox"/>無職</p>	<p>前医からの紹介状： <u>有</u> ・ <u>無</u></p> <p>通院頻度： 月 <u> </u> 回 又は 週 <u> </u> 回</p> <p>入院： <u>有</u> ・ <u>無</u></p> <p>診断名：</p> <p>治療内容・治療経過・主な症状： ※内容・経過等が分かる資料が手元にある場合は省略可</p>

ご記入いただきありがとうございました。

相談票は、下記の方法で弊事務所にご提出下さい。

ご提出いただいた相談票をもとに、ご希望の連絡先へ弊事務所よりご連絡させていただきます。

【相談票の提出先】

相談票は下記へご送付下さい。

※LINEの友達登録された方は、画像で送付いただいても構いません。

- ① メールの場合 : support@katsushika-sn.jp
- ② 郵送の場合 : 〒125-0062 東京都葛飾区青戸 7-32-3-827
おおくぼ労務管理事務所 宛
- ③ LINEの場合 : 1枚ごとに写真を撮っていただき画像を添付、
Word/PDF形式で添付

弊事務所ご連絡後に、ご面談の実施に至った場合には、下記の書類をご準備いただき、ご予約した時間に、ご指定の場所でご面談を実施致します。

【ご面談の際に準備していただきたいもの】

ご面談の際は、以下の資料をお持ち下さい。

- ① 相談票
- ② 年金手帳（本人、配偶者）
- ③ マイナンバーの分かるもののコピー（本人、配偶者、子）
- ④ 印鑑（認め印）
- ⑤ 通帳又はキャッシュカードのコピー
- ⑥ 年金機構から届いた書類（ねんきん定期便など）
- ⑦ お薬手帳
- ⑧ 障害者手帳のコピー
- ⑨ その他傷病に関係するもの（診察券、検査結果通知書など）