【相談票】

お分かりになる範囲でご記入下さい。

記入日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名・性別（ふりがな） |  | 男　・　女 |
| 住所（建物名） | 〒　　　　― | |
| 連絡先（本人） | 自宅又は携帯：　　　　　―　　　　　　―  Email： | |
| 連絡先（家族）※任意 | 自宅又は携帯：　　　　　―　　　　　　―  Email： | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　歳） | |
| 家族構成 | 配偶者（事実婚含む）　子（18歳以下、障害有は20歳以下）　　人  独身（婚姻歴　有　無） | |
| 現在の生活 | 同居（親・配偶者・子・その他）　一人暮らし　その他 | |
| 現在の仕事 | 就労中　休職中　無職　その他 | |
| ※就労中・休職中の場合 就労形態及び配慮 | 一般雇用　障害者雇用　就労支援　その他　　配慮　　有　・　無 | |
| ※労働条件 | 1日の労働時間（　　）時間　／　１週間の労働日数（　　）日  直近締め日の出勤日数（　　）日　・　前回締め日の出勤日数（　　）日 | |
| 生活資金の提供者 | 本人　同居親族　別居親族　生活保護　その他 | |
| 福祉サービス利用状況 | 自立訓練　共同生活援助　居宅介護　その他 | |
| 障害年金を知ったきっかけ | 病院　年金事務所　区役所　知人　インターネット　その他 | |
| これまでの相談先 | 病院　ケースワーカー　知人　年金事務所　区役所  社会保険労務士　その他　相談していない | |
| 医師への相談等 | 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 | 受給無し  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  国民年金　厚生年金　共済年金　不明  ●初診日当時の職業  会社員　自営業　主婦　学生　無職  ●初診日以前の年金保険料納付状況  全て納付している（保険料免除含む）  一部納付していない（滞納している）期間あり  はっきり分からない | 前医からの紹介状：　　有　・　無  通院頻度：　月　　　回　又は　週　　　回  入院：　有　・　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  会社員　自営業　主婦　学生　無職 | 前医からの紹介状：　　有　・　無  通院頻度：　月　　　回　又は　週　　　回  入院：　有　・　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）

|  |  |
| --- | --- |
| 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  会社員　自営業　主婦　学生　無職 | 前医からの紹介状：　　有　・　無  通院頻度：　月　　　回　又は　週　　　回  入院：　有　・　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  会社員　自営業　主婦　学生　無職 | 前医からの紹介状：　　有　・　無  通院頻度：　月　　　回　又は　週　　　回  入院：　有　・　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  会社員　自営業　主婦　学生　無職 | 前医からの紹介状：　　有　・　無  通院頻度：　月　　　回　又は　週　　　回  入院：　有　・　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 |

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](mailto: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

1. 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）