

【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： <u>有</u> ・ <u>無</u> 通院頻度： 月 回 又は 週 回 入院： <u>有</u> ・ <u>無</u> 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： <u>有</u> ・ <u>無</u> 通院頻度： 月 回 又は 週 回 入院： <u>有</u> ・ <u>無</u> 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： <u>有</u> ・ <u>無</u> 通院頻度： <u>月</u> 回 又は <u>週</u> 回 入院： <u>有</u> ・ <u>無</u> 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： <u>有</u> ・ <u>無</u> 通院頻度： <u>月</u> 回 又は <u>週</u> 回 入院： <u>有</u> ・ <u>無</u> 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： <u>有</u> ・ <u>無</u> 通院頻度： <u>月</u> 回 又は <u>週</u> 回 入院： <u>有</u> ・ <u>無</u> 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
- 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）