

【事前準備シート】
※すぐに分かる範囲でのご記入で結構です。

記入日 令和 年 月 日

ふりがな 氏名・性別	男・女				
基礎年金番号	—				
住所	〒 —				
電話番号	自宅： — — 携帯： — —				
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)				
傷病名					
初診日 初めて病院に行ったのはいつですか？	昭和・平成・令和 年 月 日				
障害認定日 ※記入不要です	昭和・平成・令和 年 月 日				
<p>初診日というのは、(現在お困りの症状で一番初めに病院に行かれた日の事です)</p> <p>この初診日から1年6ヶ月後が障害認定日と言って、この障害認定日での障害の程度によって、障害年金の等級が判断されます。</p>					
初診日の年金加入状況	国民年金 厚生年金 共済年金 未加入				
初診日以前の年金保険料納付状況 (いずれか該当するものに✓を入れて下さい)	<input type="checkbox"/> 初診日当時は厚生年金または共済年金に加入 1年以上は継続して在職していた <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた <u>自営業 専業主婦 学生 無職</u> ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた記憶がない <u>自営業 専業主婦 学生 無職</u> ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> その他 ※ご記入下さい ())				
障害者手帳の有無	手帳名 () 、 級・ 無				

家族構成	配偶者 有・無		子供 (20歳以下) 人	
	配偶者	氏名		生年月日
		(フリガナ) (氏)	(名)	
	子	(フリガナ) (氏)	(名)	
		(フリガナ) (氏)	(名)	
	緊急連絡先	TEL () 本人との続柄 ()		
		当センターを知ったきっかけ ネット検索 新聞広告 病院の紹介 知人の紹介 その他()		

1. 発症～初診日～現在までの状況

病院名と受診期間	自覚症状・通院頻度・治療内容・日常生活の状況(不自由さ)等
発症日 (昭和・平成・令和 年 月 日)	発症当時の症状
初診日 (昭和・平成・令和 年 月 日) 病院名 (受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日)	

<p>病院名 ()</p> <p>受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日)</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>病院名 ()</p> <p>受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日)</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>病院名 ()</p> <p>受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日)</p>	

病院名 ()	
受診期間 (昭和・平成 年 月 日 ~ 年 月 日)	

病院名 ()	
受診期間 (昭和・平成 年 月 日 ~ 年 月 日)	
病院名 ()	
受診期間 (昭和・平成 年 月 日 ~ 年 月 日)	