

相談票

1.ご相談者様の状況

フリガナ			
氏名			
生年月日		性別	男 女
住所			
電話番号			
メールアドレス			
基礎年金番号			
現在の生活環境 (家 or 施設 or 入院)		利用している福祉サービス	
債務整理や生活保護 について			
同居家族			
配偶者	有 無	配偶者の年齢	
子	有 無	子の年齢	
就労状況		雇用区分	
就職活動の状況 (就職活動中の方)			
勤務状況 (就労中の方)			
障害者手帳の有無	有 無	等級と取得日	

過去に障害年金の請求を進めたことはありますか？	
請求を進めた時期と中断した理由	
主に相談したい内容	

2.障害の原因となる傷病

病名①		発症の時期	
主な症状			
日常生活や就労への支障			
病名②		発症の時期	
主な症状			
日常生活や就労への支障			

3.病歴・就労状況

病院名		通院期間	
当時の就労状況			
当時の主な症状			
通院に至る経緯や治療内容			

病院名		通院期間	
当時の就労状況			
当時の主な症状			
通院に至る経緯や治療内容			

病院名		通院期間	
当時の就労状況			
当時の主な症状			
通院に至る経緯や治療内容			

病院名		通院期間	
当時の就労状況			
当時の主な症状			
通院に至る経緯や治療内容			

病院名		通院期間	
当時の就労状況			
当時の主な症状			
通院に至る経緯や治療内容			

4.初診時点の年金の状況

初診時点の年金	厚生年金	国民年金	その他・不明
初診日までの年金納付状況	未納なし	未納あり	

5.仕事や保険給付について

休職の有無	有 無	期間	
具体的な内容・理由			
傷病手当金の活用	有 無	期間	
具体的な内容・理由			
短時間勤務への変更	有 無	期間	
具体的な内容・理由			

6.日常生活能力について

1→できる

2→自分からできるがサポートがあれば良い

3→自分からできないがサポートがあればできる

4→できない、または一切しない

該当番号に○をつけてください。

現在		障害認定日(初診日から1年6ヶ月が経過した日)時点	
食事	1・2・3・4	食事	1・2・3・4
配膳	1・2・3・4	配膳	1・2・3・4

炊事	1・2・3・4	炊事	1・2・3・4
掃除	1・2・3・4	掃除	1・2・3・4
着替え	1・2・3・4	着替え	1・2・3・4
入浴	1・2・3・4	入浴	1・2・3・4
買い物	1・2・3・4	買い物	1・2・3・4
金銭管理	1・2・3・4	金銭管理	1・2・3・4
時間管理	1・2・3・4	時間管理	1・2・3・4
散歩	1・2・3・4	散歩	1・2・3・4
トイレ	1・2・3・4	トイレ	1・2・3・4
通院	1・2・3・4	通院	1・2・3・4
服薬	1・2・3・4	服薬	1・2・3・4
病状の説明	1・2・3・4	病状の説明	1・2・3・4
ガスやカッターなどの危険物の使用	1・2・3・4	ガスやカッターなどの危険物の使用	1・2・3・4
公共交通機関の使用	1・2・3・4	公共交通機関の使用	1・2・3・4
社会的な手続き	1・2・3・4	社会的な手続き	1・2・3・4

7.その他

質問やコメント