

事前調査票

～～～障害年金相談にいらっしゃる前に必ず確認し記入してください～～～

氏名： _____ 生年月日： 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1 障害年金で請求を考えている病気を教えてください。

--

2 障害者手帳、療育手帳を持っているかどうか教えてください。あてはまるものにレ点をしてください。これらの手帳を持っている、もしくは持っていた場合は手帳の種類等について教えてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	持っている	手帳の種類： <input checked="" type="checkbox"/> 身体 級 <input checked="" type="checkbox"/> 精神 級 <input checked="" type="checkbox"/> 療育 級
<input checked="" type="checkbox"/>	持っていた	初めて手帳を交付された年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 交付
<input checked="" type="checkbox"/>	持っていない	

3 1の病気の関係で初めて病院に通った時のことを教えてください。

(障害年金を初めて申請する上で、初診日を特定し、初診日の証明書・診断書が必要となるためお聞きします)

【病院について】

(1) 初めて通った病院はどこですか？

※病名が判明した病院よりも前に異変を感じて通院した場合はその病院名を書いてください

※症状が変わらず病名が変更になっただけの場合も最初に通った病院名を書いてください

(例) 最初の病院で不安症と診断。次の病院でうつ病といわれた。→不安症と診断された病院名を書いてください

--

【初診日について】

(2) (1) の病院で初めて診察してもらった日はいつですか？

昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【カルテについて】

(3) (1) の病院で診察してもらっていた時のカルテの有無を病院に確認してください

あり ・ なし

(確認日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 確認方法：直接確認・電話・その他 _____)

4 障害年金で請求しようとする病気に関わる病状の治療のために通った病院の通院歴をすべて教えてください。

(初診の病院から現在まで通院した病院をすべて記入してください。ただし、請求しようとしている病気に関係のない通院歴は書かないでください。)

【通院歴について】

	病院名	病名	通院期間	カルテの有無
1	3(1)で記載の病院名		年 _____ 月 _____ 日 ～ 年 _____ 月 _____ 日	3(3)を転記 あり・なし
2			年 _____ 月 _____ 日 ～ 年 _____ 月 _____ 日	あり・なし
3			年 _____ 月 _____ 日 ～ 年 _____ 月 _____ 日	あり・なし
4			年 _____ 月 _____ 日 ～ 年 _____ 月 _____ 日	あり・なし
5			年 _____ 月 _____ 日 ～ 年 _____ 月 _____ 日	あり・なし