**ご相談受付票**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名・性別 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　男　・　女 |
| 傷病名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　歳） |
| 連絡先 | ＴＥＬ　　　　　　　　（　　　　　　　）　ＦＡＸ　　　　　　　　（　　　　　　　）　メール |
| 住所 | 〒 |
| 家族構成 | 同居（構成　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）／一人暮らし |
| 生計維持方法 | （例）両親の扶養、配偶者・自分の給料、祖父母からの援助、生活保護等 |
| 相談したい内容 | （例）障害年金が受できるかどうか教えてもらいたい等 |
| 身体の異変を感じて、初めて病院を受診したのはいつ頃ですか？ | 平成　　　　年　　　月　　　日医療機関名診断名 |
| その頃加入していた年金 | 　国民年金　　　　　厚生年金　　　　　共済年金 |
| 現在は病院に通院されていますか？ | 医療機関名通院頻度診断名 |
| 障害者手帳の有無 | 手帳名（　　　　　　　　　　　　　　）　　　級 |
| 障害年金の必要度（当てはまる数字に〇を付けて下さい）生活（自立）の為に障害年金がどうしても必要 | ４５３２１障害年金がなくても生活（自立）に支障はない |
| 障害年金を申請する場合、どのような方法で申請する予定ですか？ | 自分で申請する予定　・　当センターに依頼する予定 |

ご相談日　　　年　　　月　　　日

**【家族構成】**

**本人**

**【日常生活能力の判定】**

●食事

●清潔保持

●金銭管理と買い物

●通院と服薬

●意志伝達と対人関係

●安全保持と危機対応

●社会性