

相談表

記入日 年 月 日

[illegible]

初診日と医療機関名	初診日 平成 年 月 日 医療機関名
初診日の時の加入年金	国民年金 厚生年金 共済年金
初診日以前の年金保険料の納付状況(ご記憶の範囲で構いません) ※右のボックス(□)にチェックを入れて下さい わからない場合は無記入でも結構です	☐ 初診日当時は厚生年金、又は共済年金に加入しており初診日以前から少なくとも1年以上は継続して在職(厚生年金、又は共済年金に加入)していた ☐ 初診日当時は自営業・専業主婦・学生・無職であり、国民年金保険料は継続して支払っていた ※下線のいずれかを○で囲んでください ☐ 初診当時は自営業・専業主婦・学生・無職であり、国民年金保険料を継続して払った記憶がない ※下線のいずれかを○で囲んでください ☐ その他 ※ご記入ください⇒()

【 初診から現在までの現状 】

医療機関名と受診期間	自覚症状、通院回数、治療内容、薬の名称、 医師からの指示事項、日常生活の状況(不自由さ)など
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	

医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	

【 特記事項 】