

相談受付票

受付日 年 月 日

氏名・性別	フリガナ 氏名 男・女
〒・住所	〒
電話番号	固定電話 携帯
メールアドレス	PC 携帯
生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)
傷病名	
症状を訴えて、初めて 医師の診察を受けた日	昭和・平成・令和 年 月 日 医療機関名 ()
初めて受診した頃の 年金加入状況	厚生年金 国民年金 共済年金
障害者手帳の有無	手帳名() 級
生活保護受給の有無	有・無
家族構成	配偶者： 有・無 (有：氏名) 子供(18歳以下) 人
自覚している症状	

初診日から現在までの状況

病院名と受診期間	治療内容 日常生活の状況（不自由さ）
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	
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

--