**Ｎｏ.1**

**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** |
| **生活保護の受給** | **有　・　無** |
| **傷病手当金の受給** | **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** |  |

**Ｎｏ.2**

**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**

|  |
| --- |
|  |