

ヒアリングシート

(障害年金の申請)

***お体にご負担がかからないお客さまのみ、ご記入ください。
絶対に無理をなさらないでください。**

ふりがな： _____ 性別 男・女

名前： _____ 生年月日： 年 月 日(歳)

郵便番号： - 住所： _____

電話番号： - - 携帯番号： - -

傷病名： _____ 傷病発生の年月日： 年 月 日

その傷病発生のため初めて医師の診断を受けた日： _____ 年 月 日

その傷病のため初めて受診した医療機関名： _____

現在おかけの医療機関名： _____

次の質問に、はい・いいえ のどちらかに○をつけてください。

- 主治医の先生とは、うまくお話し合いができていますか…………… はい・いいえ
- 日常生活をする上で、困っていることを主治医の先生は理解してくれていると思いますか…………… はい・いいえ

ご協力ありがとうございました。