記入日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ・性別 | 男・女　（旧姓：　　　　　　） |
| 基礎年金番号 | ― |
| 住所 | 〒　　　― |
| 電話番号 | 自宅：　　　　　―　　　　　　―  携帯：　　　　　―　　　　　　― |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　歳） |
| 傷病名 |  |
| 初診日 | 昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 障害認定日（記入不要） | 昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 初診日の年金加入状況 | 国民年金　　　　　　厚生年金　　　　　　共済年金 |
| 初診日以前の  年金保険料納付状況  （いずれか該当するものに  ✔を入れて下さい） | * 初診日当時は厚生年金または共済年金に加入   1年以上は継続して在職していた   * 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた   自営業　専業主婦　学生　無職　　※いずれか〇で囲んでください   * 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた記憶がない   自営業　専業主婦　学生　無職　　※いずれか〇で囲んでください   * その他　※ご記入下さい   （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 障害者手帳の有無 | 手帳名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　級 |
| 家族構成 | 配偶者　　　有　・　無　　　　　　子供（18歳以下）　　　　人 |
| 当事務所を知ったきっかけ | ア　当事務所のＨＰ 　**※下記の質問に回答をお願いします**  イ　社会保険労務士法人アドバンス経由  ウ　紹介　（　病院 ／ 知人 ／ 障害福祉関連事業所 ／ その他 ）  エ　チラシ　（　障害福祉関連事業所 ／ 病院 ／ その他 ） |
| Ｑ1. どのようにして当事務所のＨＰをお知りになりましたか？  □　グーグルで検索　　　□　ヤフーで検索　　　□　その他 |
| Ｑ2. 検索したキーワードは何ですか？  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

1.　発症～初診日～現在までの状況

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名と受診期間 | 自覚症状（程度・頻度・服薬状況など）/日常生活への支障 |
| 発症日(昭和･平成・令和　　年 　月 　　日) | 発症当時の症状 |
| **初診日**(昭和･平成・令和　　年　　月　　日)  病院名  (　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)  受診期間  (昭和･平成・令和　　 年 　　月 　　日～  　　　　　　　　　　　　年　　月　　日) |  |
| 病院名  (　　　　　　　　　　　 　　　　　　　)  受診期間  (昭和･平成・令和　　 年 　　月 　　日～  　　年　　月　　日) |  |
| 病院名  (　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)  受診期間  (昭和･平成・令和　　 年 　　月 　　日～  　　年　　月　　日) |  |
| 病院名  (　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)  受診期間  (昭和･平成・令和　　 年 　　月 　　日～  　　年　　月　　日) |  |

2.相談場所：　　　　　社会保険労務士法人アドバンス

　　　　　　　　 〒810-0073　 福岡県福岡市中央区舞鶴2丁目2-11 富士ビル赤坂8F

　　　　　　　　（地下鉄赤坂駅より徒歩５分）

お問い合わせ先：　092-713-6064

※迷われた場合にはご連絡ください。

3.　ご持参頂くもの　※可能な範囲で構いません※

* 1. 事前準備シート（この用紙）
  2. 病院から過去にもらった資料（検査結果、診断書など）
  3. お薬手帳
  4. 障害者手帳（お持ちの方）

≪その他　特記事項≫

今、困っていること、相談したいことなどご記入下さい

**記入例**

記入日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ・性別 | 男・女　（旧姓：　　　　　　） |
| 基礎年金番号 | **1２３４**　　　　―　　　**５６７８９０** |
| 住所 | 〒**812-0044**  **福岡市博多区○○―○○　　博多マンション○○○号室** |
| 電話番号 | 自宅： **０４３　―　○○○　　―　○○○○**  携帯： **０９０　― ○○○○　―　○○○○** |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　**53**年　　**1**月　　　**1**日　（　**40**歳） |
| 傷病名 | **うつ病** |
| 初診日 | 昭和・平成・令和　　　　**20**年　　**5**月　　**15**日 |
| 障害認定日（記入不要） | 昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 初診日の年金加入状況  **✔** | 国民年金　　　　　　厚生年金　　　　　　共済年金 |
| 初診日以前の  年金保険料納付状況  （いずれか該当するものに  ✔を入れて下さい） | * 初診日当時は厚生年金または共済年金に加入   1年以上は継続して在職していた   * 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた   自営業　専業主婦　学生　無職　　※いずれか〇で囲んでください   * 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた記憶がない   自営業　専業主婦　学生　無職　　※いずれか〇で囲んでください   * その他　※ご記入下さい   （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 障害者手帳の有無 | 手帳名（　**精神障害者保健福祉手帳**　）　　　　**３**　級 |
| 家族構成 | 配偶者　　　有　・　無　　　　　　子供（18歳以下）　　**１**　人 |
| 当事務所を知ったきっかけ  **✔** | ア　当事務所のＨＰ 　**※下記の質問に回答をお願いします**  イ　社会保険労務士法人アドバンス経由  ウ　紹介　（　病院 ／ 知人 ／ 障害福祉関連事業所 ／ その他 ）  エ　チラシ　（　障害福祉関連事業所 ／ 病院 ／ その他 ） |
| Ｑ1. どのようにして当事務所のＨＰをお知りになりましたか？  □　グーグルで検索　　　□　ヤフーで検索　　　□　その他 |
| Ｑ2. 検索したキーワードは何ですか？  （　**障害年金　福岡市　うつ病**　　　　　　） |

1.　発症～初診日～現在までの状況

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名と受診期間 | 自覚症状・通院頻度・治療内容・日常生活の状況（不自由さ）等 |
| 発症日(昭和･平成・令和**20** 年 **4**月 **頃**日) | 発症当時の症状  **仕事が多忙でストレスを感じていた**  **意欲の低下・疲労感・不眠・食欲不振などの自覚症状があり病院の受診を決意** |
| 病院名  (**○○メンタルクリニック**　　　　　　)  **初診日**(昭和･平成・令和**20**年**5**月 **15**日)  受診期間  (昭和･平成・令和　　 年 　　月 　　日～  **20**年　**12**月　**頃**　日) | **診察・検査の結果、うつ病と診断**  **薬処方　外来通院（月1回）**  **正社員・営業職（体調不良により休みがち）** |
| 病院名  (**△△病院　精神科**　　　　　　)  受診期間  (昭和･平成・令和　**21**年 **1**月 **頃**　日～  **23**年　**6**月**中旬**　日) | **症状が改善せず転院　紹介状あり**  **薬処方　外来通院（月2回）**  **休職（平成○年○月○日～○月○日）**  **食欲不振により体重減少（-10キロ）**  **薬を飲んでも眠れず、昼夜逆転の生活** |
| 病院名  (　**☆☆総合病院　精神科**　　　　)  受診期間  (昭和･平成・令和**23**年 **7**月 **20**　日～  **26**年**11**月**現在**日) | **症状が悪化した為、自己判断で転院　紹介状なし**  **薬処方　外来通院（月1～2回）**  **復職したが、体調不良が続き、〇年○月末で退職**  **無収入になったため経済的な不安が強い** |
| 病院名  (　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)  受診期間  (昭和･平成・令和　　 年 　　月 　　日～  　　年　　　月　　　日) |  |

2.相談場所：　　　　　社会保険労務士法人アドバンス

　　　　　　　　 〒810-0073　 福岡県福岡市中央区舞鶴2丁目2-11 富士ビル赤坂8F

　　　　　　　　（地下鉄赤坂駅より徒歩５分）

お問い合わせ先：　092-713-6064

※迷われた場合にはご連絡ください。

3.　ご持参頂くもの　※可能な範囲で構いません※

1. 事前準備シート（この用紙）
2. 病院から過去にもらった資料（検査結果、診断書など）
3. お薬手帳
4. 障害者手帳（お持ちの方）

≪その他　特記事項≫

今、困っていること、相談したいことなどご記入下さい

**うつ病により会社を退職。小さい子供がいる為経済的な不安が強い。**

**治療に専念できる環境を整えて、障害者枠で再就職を目指したい。**