

ご通院歴等につきご記入のうえ FAX してください。分かる範囲で大雑把に書いて頂ければ大丈夫です。

初診日から現在までの状況

傷病名： _____

受診した病院名と通院・入院等をした期間	診療内容や当時のご様子（簡単に）
初めて診察を受けた医療機関名（初診日） （ ） S・H・R 年 月 日～S・H・R 年 月 日	
医療機関名 （ ） S・H・R 年 月 日～S・H・R 年 月 日	
医療機関名 （ ） S・H・R 年 月 日～S・H・R 年 月 日	
医療機関名 （ ） S・H・R 年 月 日～S・H・R 年 月 日	
医療機関名 （ ） S・H・R 年 月 日～S・H・R 年 月 日	

※ 初めて診察を受けた（初診日）とは「障害の原因となった疾病や負傷で初めて医療機関で診察を受けた日」のことです。障害の原因となった傷病の前に相当因果関係があると認められる別の傷病等があるときは、その傷病で医療機関に掛った日となる場合があります。（わかる範囲でご記入ください）

Q.1 障害者手帳をお持ちですか？

1. 持っていない 2. 持っている

Q.2 手帳をお持ちの方にお伺いいたします。手帳の種類は？

1. 身体障害者手帳 2. 療育手帳 3. 精神障害者保健福祉手帳

Q.3 手帳をお持ちの方にお伺いいたします。手帳の障害等級は？

級〔※障害名 _____〕

※身体障害者手帳の場合は等級と併せてご記入ください。