

医療法人社団 昌仁醫修会

瀬川記念小児神経学クリニック 行

FAX：03-3294-0290

記入日： 年 月 日

## 障害年金診断書申込用紙

年金事務所から書類をもらっている または社労士に依頼している

当院医師（ 先生）と外来で相談している



知能検査/脳波/頭部MRIの予約が入っている または検査済み



この用紙記載 予約窓口へ提出 またはFAX

診察券番号		氏名	
電話番号	①	②	
※必ずつながる番号を記載			
<input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 肢体			
<input type="checkbox"/> 初回 （20歳の誕生日 年 月 日）			
<input type="checkbox"/> 20歳過ぎてからの初回診断書			
<input type="checkbox"/> 20歳の時の診断書も必要（2枚） （20歳の時に当院に受診している場合のみ）			
<input type="checkbox"/> 更新 提出期限 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 他院での受診証明書がある			

書類提出後、クリニックからご連絡いたします。

（クリニック記入欄）

発達検査：  不要  要（ ）

事前診察：  不要  要

受付

本人同席：  不要  要（15分 / 30分）

医師確認：

月 日確認（担当医： ）

月 日受付（担当： ）