

障害年金の初診日に関する調査票【糖尿病用】

本調査票は、初診日を審査する際の資料となるものです。

◎ 次のことにお答えください。

1. 倦怠感・身体の不調・口渇等を自覚されたのは、いつ頃ですか。また、そのときはどのような状態でしたか。

昭和・平成 年 月 日

状態

()

2. 健康診断等で尿に糖が出ていることを指摘されたことはありますか。

- 指摘あり (検査日: 昭・平 年 月 日)
 指摘なし

3. (2で指摘ありの場合) その検査日以降のすべての検査結果(写)を添付してください。

※事業所に保管されている場合もありますので、確認してください。

- 保管されているすべての検査結果(写)を添付した。(他にはない)
 十分に確認したが、添付できる検査結果が残っていない。(ひとつもない)

4. (2で指摘ありの場合) 健康診断の結果ですぐに医療機関を受診しましたか。

- すぐに受診した(昭・平 年 月 日) 医療機関名 ()
 すぐに受診しなかった
(理由及び健康診断の指摘後、受診するまでの間の体調)

()

上記のとおり回答します。

平成 年 月 日

住所

報告者

氏名

印 (続柄)

※ ご回答ありがとうございました。

回答内容を審査した結果、照会することがありますので、あらかじめご承知おきください。

※ ご記入いただいた個人情報は、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律に基づき、適切に取り扱われます。