

障害年金の初診日に関する調査票【先天性障害：耳用】

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. 聴力障害について、幼児期に家族から又は学校の健康診断等で、何かいわれて医療機関に行ったことがありましたか。

いわれたことはない

昭和・平成 年 月 日頃受診した（受診医療機関名 ）

2. 該当する項目に✓を記入のうえ、該当日と当時の聴力を記載してください。

障害基礎年金請求 20歳時（昭和・平成 年 月 日）における聴力

障害厚生年金請求 厚生年金資格取得時（昭和・平成 年 月 日）における聴力
右耳（ d B） 左耳（ d B）

3. 聴力が落ちてきたことにいつごろ気づかれましたか。

昭和・平成 年 月 日頃

4. あなたの聴力の経過について、記入してください。

※中学校卒業から数年単位でわかる範囲で記入してください。

経 過	右 耳	左 耳
中学校卒業時	d B	d B
昭和・平成 年 月	d B	d B
昭和・平成 年 月	d B	d B
昭和・平成 年 月	d B	d B
昭和・平成 年 月	d B	d B
昭和・平成 年 月	d B	d B
昭和・平成 年 月	d B	d B
昭和・平成 年 月	d B	d B
昭和・平成 年 月	d B	d B
昭和・平成 年 月	d B	d B

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、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。