

障害年金の初診日に関する調査票【肺の病気用】

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. 身体の不調・呼吸困難（息切れ、息苦しさ）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. 健康診断等で肺機能障害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、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。