

障害年金の初診日に関する調査票【先天性障害（網膜色素変性症等）：眼用】

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. 眼の疾患について、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すか。

いわれたことはない

昭和・平成・令和 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、該当日と当時の視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・令和 年 月 日）における視力

障害厚生年金請求 厚生年金資格取得時（昭和・平成・令和 年 月 日）における視力

右眼 裸眼（ _____ ） 矯正（ _____ ）

左眼 裸眼（ _____ ） 矯正（ _____ ）

3. 視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・令和 年 月 日頃

4. あなたの視力の経過について、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 眼		左 眼	
	裸 眼	矯 正	裸 眼	矯 正
中学校卒業時				
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				

上記のとおり回答します。

令和 年 月 日

住所

報告者

氏名

（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。