職業相談にかかる情報提供シート

青森障害者職業センター

初回相談時のご負担を軽減するため、可能な範囲で事前にご記入をお願いします。

(電子入力は の箇所のみ入力可となっています)

ご記入日 (西暦・令和) 年 月 日

ふりがな 氏名			生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日 (歳)	
住所	〒 -)							
電話番号			当センター 利用歴	☐ はじめて利用する ☐ 過去に利用したことがある				
経路	・当センターのことはどこでお知りになりましたか? 担当者名が分かればご記入ください。							
障害・ 疾病名			診断時期					
障害者 手帳	☐ 身体障害者手帳 () 級	☐ なし						
	☐ 愛護手帳 ()	☐ 申請中 (取得予定 月頃)						
	☐ 精神障害者保健福祉手帳 () 級	☐ 申請検討中						
ご相談 内容	・相談したいことがある場合、ご記入ください。							
	・当センターの利用したいサービスにチェックしてください。							
	☐ 職業評価	☐ 職業準備支援	☐ ジョブコーチ支援	☐ その他 ()				
最終学歴	学校名 	部 	科 	年 	月 	☐ 卒業	☐ 中退	☐ 在学中
職業訓練歴	☐ なし	☐ あり	時期: 年頃 訓練科目: 					
最終職歴	会社名 	所在地 	市 					
	仕事内容 	在籍期間	年 	月 	～	年 	月 	
ハローワーク へ登録	☐ なし	☐ あり	ハローワーク ()		☐ 障害者窓口(専門援助部門) ☐ 一般窓口			
就労支援機 関の利用歴	現在利用している就労支援機関、社会福祉施設、デイケア等がありますか?							
	☐ なし	☐ あり	1: 名称 担当 					
			利用期間 年 月 ~ 年 月					
			2: 名称 担当 					
			利用期間 年 月 ~ 年 月					

⇒裏面に続きます

家族状況	氏名	続柄	年齢	同居/別居		ご職業
				☐ 同居	☐ 別居	
				☐ 同居	☐ 別居	
				☐ 同居	☐ 別居	
年金等 社会保険関係	現在受給している社会保険関係について教えてください。					
	☐ 障害基礎年金	____級	☐ 傷病手当金	____年 ____月 ~ ____年 ____月		
	☐ 障害厚生年金	____級	☐ 雇用保険失業給付	____年 ____月 ~ ____年 ____月		
	☐ 生活保護費	____年 ____月 から	☐ その他 (_____)			
障害・病気の 状況	通院	☐ なし	☐ あり	病院名 : _____ 主治医名 : _____ 先生 通院頻度 : 月 ____ 回 主治医の就労の許可 : ☐ 有 ☐ 無 ☐ 未確認 主治医からの就労上のアドバイス (勤務時間や日数など) (_____)		
		☐ なし	☐ あり (☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 晩 ☐ 就寝前)	→ お薬手帳がある場合は、次回お持ちください。		
	その他の 基礎疾患	☐ なし	☐ あり	診断名 : _____ 医療機関 : _____ 服薬 : _____		
働き方の 希望	障害や病気を	企業に障害や病気を伝える働き方と伝えない働き方があります。				
		☐ 伝えて働く	☐ 伝えないで働く	☐ 決まっていない		
	勤務時間	☐ フルタイム	☐ フルタイム以外の短時間	☐ 決まっていない		
	勤務日数	☐ 週5日	☐ 週5日より少ない日数	☐ 決まっていない		
	希望職種	☐ あり	具体的にご記入ください。 (_____)		☐ 分からない	☐ 何でもよい (特にこだわりはない)
	希望雇用形態	☐ パート	☐ 契約社員	☐ 正社員	☐ 検討中	☐ その他 (_____)
支援者の援助	支援者が採用面接時に同席したり、就職後に職場訪問する援助があります。					
	☐ 援助を希望する	☐ 援助は必要ないと思う	☐ 分からない			

※提供いただいた個人情報は、当機構個人情報の取扱いに関する規定により取扱います。
 ※その他、障害者手帳、お薬手帳、診断書・検査結果等の医療情報をお持ちの場合は、ご持参をお願いいたします。
 お手数ですが、ご協力をお願いいたします。