

職業相談にかかる情報提供シート

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日 (歳)
住所	〒 - (最寄り駅) 線 駅 バス停				
電話番号	当センター 利用歴	<input type="checkbox"/> はじめて利用する <input type="checkbox"/> 過去に利用したことがある			
障害種類	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他 ()	障害・疾病名	診断時期		
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 療育手帳 () 度 <input type="checkbox"/> 申請中 (取得予定 月頃) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 申請検討中				
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。 担当者: 				
ご相談内容	・あてはまる項目の <input type="checkbox"/> にチェック (レ点) を入れてください。また、具体的な内容があればその他欄にご記入ください 【ご本人】 <input type="checkbox"/> 就職 (または職場定着、復職) にあたり、分からないことや不安なことを相談したい <input type="checkbox"/> 就職に向けた自分の課題や特性について整理したい <input type="checkbox"/> 就職に向けた準備をするため、カリキュラムを利用したい <input type="checkbox"/> その他 () 【ご家族】 ご本人が希望される相談内容に追加がありましたら、以下にご記入ください。 () 【支援機関】 (支援機関に所属されている方のみ) <input type="checkbox"/> 就職 (または職場定着、復職) に向けた支援の進め方について相談したい <input type="checkbox"/> 就職に向けたご本人の課題や特性について相談したい <input type="checkbox"/> その他 ()				
最終学歴	 年 月 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退				<input type="checkbox"/> 在学中
職業訓練歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { 時期 年頃 訓練内容: 例 CAD、調理、介護等 				
職歴	会社名 所在地	仕事内容	期 間		
			 年 月 ~ 年 月		
			 年 月 ~ 年 月		
			 年 月 ~ 年 月		
			 年 月 ~ 年 月		

⇒裏面に続きます

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？	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	名称 <input type="text"/> 担当 <input type="text"/> 利用期間 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
障害・病気の状況	初めて症状があらわれたのはおおよそいつ頃ですか？	
	発症の時期	<input type="text"/> 年頃 <input type="text"/> 歳頃
	通院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { 病院名： <input type="text"/> 主治医名： <input type="text"/> 通院頻度：月 <input type="text"/> 回
	入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { 病院名： <input type="text"/> 入院期間： <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
	服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩 <input type="checkbox"/> 就寝前) 薬名： <input type="text"/>
	服薬の自己管理	<input type="checkbox"/> 飲み忘れることはほとんどない <input type="checkbox"/> 時々忘れることがある <input type="checkbox"/> 自分で管理していない
	障害特性や病気の症状について	障害の特性や病気の現在の症状について、具体的にご記入ください。 <input type="text"/>
基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { 診断名： <input type="text"/> 医療機関： <input type="text"/> 服薬： <input type="text"/>	
働き方の希望	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。	
	障害や病気を	<input type="checkbox"/> 伝えて働く <input type="checkbox"/> 伝えないで働く <input type="checkbox"/> 決まっていない
	勤務時間	<input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> フルタイム以外の短時間 <input type="checkbox"/> 決まっていない
	勤務日数	<input type="checkbox"/> 週5日 <input type="checkbox"/> 週5日より少ない日数 <input type="checkbox"/> 決まっていない
	希望職種	<input type="checkbox"/> あり <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 何でもよい (特にこだわりはない)
	希望雇用形態	<input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 援助を希望する <input type="checkbox"/> 援助は必要ないと思う <input type="checkbox"/> 分からない
仕事上困っていること	<input type="checkbox"/> 仕事をする上で困っていることは特にない <input type="checkbox"/> 仕事をする上で感じている課題がある <input type="checkbox"/> 仕事をする上で課題があるかどうか分からない 具体的にご記入ください。 <input type="text"/>	

※提供いただいた個人情報、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。