

受付票

記入日（令和 年 月 日）

ふりがな			生年月日	昭和 平成	年	月	日（ 歳）
氏名	男・女						
住所	〒 - - 電話（ - - ）・携帯電話（ ）						
最寄りの駅・バス停	（自宅から 徒歩・自転車で 分）						
可能な通勤手段	電車 ・ バス ・ 自家用車 ・ バイク ・ 自転車						
公共職業安定所の求職登録 （※障害者としての登録）	あり（ 公共職業安定所）・ なし						
職業センターをどこで知 りましたか？							
現在、ご利用中の支援機関は ありますか？	<機関名>		<担当者名>				
	<必要に応じて、当センターから担当者に連絡を取って良いか> 可 ・ 否						
障害者手帳 の有無	身体障害者手帳（ 級） ・ 療育手帳（ ） ・ 精神保健福祉手帳（ 級） 申請中 ・ 検討中 ・ なし						
障害名・診断名（医療機関等聞いている診断名）							
現在、年金等の支給を受けていますか？ はい ・ いいえ ↓ ※「はい」と答えた方は、以下の記入もお願いします。 障害基礎年金 級 ・ 障害厚生年金 級 ・ 生活保護 ・ 傷病手当（ 年 月まで） ・ 雇用保険失業給付（ 年 月まで） 金額：（ ）月に1回、 円							
家族状況	氏名	続柄	年齢	備考(ご職業等)			
最終学歴							年 月 卒業
最近の職歴							
年 月 ~ 年 月							
会社名		職務内容					
○ 現在通院している医療機関（病院、医院等）はありますか？ ある ・ なし ※ ある場合は、その時期と機関名をご記入ください。 年 月 ~ 現在 医療機関名： （通院頻度 回/月）							
○ 自立支援医療の利用 あり ・ なし							
○ 何のための通院ですか？ 診察・カウンセリング・デイケア・リハビリ・その他							
○ 主治医の先生は、働くことについて賛成されていますか？ はい ・ いいえ ・ わからない							
○ 主治医から、就労上のアドバイスとして聞いていることはありますか？ 職種： 勤務時間の目安：							
○ 説明会を聴いて希望する支援内容 職業相談、職業評価 ・ 職業準備支援 ・ ジョブコーチ支援							
○ 具体的に相談したいこと （ ）							