**リワーク支援に係る受付票**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | | | | 生年月日  性別 | | 昭和・平成　　　 年　　　月　　　日  　 　 男　・　女 　　（　　　　 歳） | | | | | |
|  | | | |
| 住所 | 〒  最寄駅：　　　　　　　　駅（最寄駅までの移動手段と所要時間：　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅Tel：  携帯Tel： | | | | 移動手段 | | 電車　・　バス　・自家用車　・　自転車  その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 診断名 |  | | | | | | | | | | | |
| 休職に関する情報 | ○就業規則上の休職期限(例：令和●●年●●月●●日迄)  ○現在の状態  有休休暇　　　　欠勤　　　　　休職  ○休職を経験した回数について  　　　　　回 | | | | | | | | | | | |
| 復職への考え | ●復職に対する希望（希望職種・勤務時間・勤務日数・復職時期　など）  ●復職に関する不安、悩み、困っていることなど  ●リワーク支援中に取り組みたいこと | | | | | | | | | | | |
| 休職経緯 | ※記入できる範囲で構いません。 | | | | | | | | | | | |
| 医療情報 | 【通院・服薬状況】  ○病 院 名：  ○主 治 医：  ○通 院 歴：　　　　年　　　　月から  ○通院頻度：　月・週　　　　　回  ○障害者手帳：無・有  【服薬状況】※お薬手帳のご提示でも可能です。  ○服　　薬：無・有  ○薬の名前：  　　　・  　　　・  　　　・  　　　・  【現在の症状(具体的な症状、安定度等)】 | | | | | | | | | | | |
| 性格傾向・ストレス因等 | ●ご自身の性格傾向や行動面の特徴  ●心身の調子を崩す要因となること・場面や調子を崩し始める時の兆候など | | | | | | | | | | | |
| 生活状況 | 【起床時間・就寝時間】  【現在、継続して取り組んでいること】 | | | | | | | | | | | |
| 余暇活動  趣味  リラクゼーション　等 |  | | | | | | | | | | | |
| 免許・資格 |  | | | | 社会保障関係 | | ＊傷病手当金：無・有  （　　　年　　 月～　　　年　　 月）  ＊会社・組合からの給与補償等：無・有  （　　　年　　 月～　　　年　　 月）  ＊その他手当/収入等（ 　 　　　 ） | | | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 学歴 |  | 学校名 | | | | 卒業等 | | | 在籍期間 | | 専攻等 | |
| 高校 |  | | | | □卒業　□在籍  □中退　□その他 | | | 年　　月 | |  | |
| 大学  専門等 |  | | | | □卒業　□在籍  □中退　□その他 | | | 年　　月 | |  | |
| **家族構成** | 続柄 | | 年齢 | 同居・別居 | | | |  | |  | | 同居・別居 |
|  | |  | 同居・別居 | | | |  | |  | | 同居・別居 |
|  | |  | 同居・別居 | | | |  | |  | | 同居・別居 |
| **職　歴**  **(現職)** | 事業所名：　　　　　　　　　　　　　　(入社年：　　　　　　　　　)  ※直近の所属部署からご記入ください。   1. 西暦　　　年　　月～　　　年　　月   部署  職務　　　　　　　　　　　　　 　　　　(勤務時間　　：　　～　　：　　）（勤務日数：週　　日）  ---------------------------------------------------------------------------------------   1. 西暦　　　年　　月～　　　年　　月   部署  職務　　　　　　　　　　　　　 　　　　(勤務時間　　：　　～　　：　　）（勤務日数：週　　日）  ---------------------------------------------------------------------------------------   1. 西暦　　　年　　月～　　　年　　月   部署  職務　　　　　　　　　　　　　 　　　　(勤務時間　　：　　～　　：　　）（勤務日数：週　　日）  ---------------------------------------------------------------------------------------   1. 西暦　　　年　　月～　　　年　　月   部署  職務　　　　　　　　　　　　　 　　　　(勤務時間　　：　　～　　：　　）（勤務日数：週　　日）  ---------------------------------------------------------------------------------------  上記以外のご職歴、職歴上の特記事項 | | | | | | | | | | | |
| **サポート体制** | 相談相手、支援機関等　　例）友人　等   1. 対象者(続柄)：　　　　　　　　　　　　　　　　　支援機関： 2. 対象者(続柄)：　　　　　　　　　　　　　　　　　支援機関： 3. 対象者(続柄)：　　　　　　　　　　　　　　　　　支援機関： | | | | | | | | | | | |
| **会社窓口** | 【担当者氏名】　　　　　　　　　　　　【所属先】　　　　　　　　 　　　　　　　　　　【連絡先】 | | | | | | | | | | | |

※提供いただいた個人情報は、当機構の「個人情報の取扱いに関する規程」に従い適正に管理いたします

**【memo】**※上記欄に入りきらない際にご活用ください。

|  |
| --- |
|  |