

職業相談・職業評価に係る相談シート

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	〒 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 :	利用可能な移動手段	電車 ・ バス ・ 自家用車 ・ 自転車 その他 ()
就職に対する考え等	<ul style="list-style-type: none"> ● 就職に対する希望（希望職種・勤務時間・勤務日数・休日・賃金など） ● 就職に関する不安、悩み、困っていることなど ● 職業センターで相談したいこと 		
性格面・行動特徴	<ul style="list-style-type: none"> ● ご自身の性格や行動特徴 ● 心身の調子を崩す要因となる場面や調子を崩し始める時の兆候など 		

<p>長所・セールスポイント</p>	<p>●就職に向けた長所・セールスポイント</p>		
<p>障害種類</p>	<p>身体障害 ・ 知的障害 ・ 精神障害 高次脳機能障害 ・ 発達障害 難病 ・ その他 ()</p>	<p>障害名 診断名</p>	
<p>障害者手帳</p>	<p>身体障害者手帳 () 級 療育手帳 () 度 精神障害者保健福祉手帳 () 級</p>	<p>・なし ・申請中 (取得予定 月頃) ・申請検討中</p>	
<p>障害の状況</p>	<p>障害の状況</p> <p>※定期的に通院している場合、ご記入下さい。</p> <p>(医療の状況)</p> <p>病院名： 通院頻度： 服薬：<input type="checkbox"/>無・<input type="checkbox"/>有 / 回数 (朝・昼・晩・就寝前・その他) 薬の名前： (具体的な症状等)</p> <p>(医療上の留意・配慮事項等)</p>		
<p>免許・資格</p>		<p>社会保障年金関係</p>	<p>*雇用保険 (失業給付)：<input type="checkbox"/>無・<input type="checkbox"/>有 (年 月～ 年 月) *障害年金：<input type="checkbox"/>無・<input type="checkbox"/>有 (基礎年金・厚生年金) (<input type="checkbox"/>1級・<input type="checkbox"/>2級・<input type="checkbox"/>3級)・<input type="checkbox"/>申請中 *生活保護：<input type="checkbox"/>無・<input type="checkbox"/>有 *その他手当/収入等 ()</p>

<p>生活歴</p>	<p>療育や医療、学歴などの状況や現在までの生活の状況など</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>												
<p>施設等 利用歴</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>施設利用歴(訓練、福祉施設、作業所、デイケアなど)</th> <th>施設名</th> <th>科目・コース等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>西暦 年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>西暦 年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>西暦 年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	施設利用歴(訓練、福祉施設、作業所、デイケアなど)	施設名	科目・コース等	西暦 年 月 日 ~ 年 月 日			西暦 年 月 日 ~ 年 月 日			西暦 年 月 日 ~ 年 月 日		
施設利用歴(訓練、福祉施設、作業所、デイケアなど)	施設名	科目・コース等											
西暦 年 月 日 ~ 年 月 日													
西暦 年 月 日 ~ 年 月 日													
西暦 年 月 日 ~ 年 月 日													
<p>職歴</p>	<p>直近の職歴からご記入ください。</p> <p>①会社名 _____ (障害開示・非開示) 西暦 年 月 ~ 年 月 職務 _____ (勤務時間 : ~ :) (勤務日数 : 週 日) 離職理由 _____</p> <p>②会社名 _____ (障害開示・非開示) 西暦 年 月 ~ 年 月 職務 _____ (勤務時間 : ~ :) (勤務日数 : 週 日) 離職理由 _____</p> <p>③会社名 _____ (障害開示・非開示) 西暦 年 月 ~ 年 月 職務 _____ (勤務時間 : ~ :) (勤務日数 : 週 日) 離職理由 _____</p> <p>④会社名 _____ (障害開示・非開示) 西暦 年 月 ~ 年 月 職務 _____ (勤務時間 : ~ :) (勤務日数 : 週 日) 離職理由 _____</p> <p>上記以外の職歴、職歴上の特記事項</p>												
<p>サポート 体制</p>	<p>現在利用している支援機関の状況</p> <p>①機関名 _____ (支援内容 : _____)</p> <p>②機関名 _____ (支援内容 : _____)</p> <p>③機関名 _____ (支援内容 : _____)</p>												

※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。