

受付票

当センターのご利用にあたり、可能な範囲で、ご記入いただきますようお願いいたします。
 個人情報の取り扱いについては、別途ご説明します。

記入日 令和 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日 年齢	昭和・平成 年 月 日 ()才
住所	〒 -		
連絡先	【電話】		【Eメール】
移動手段	使える手段すべてにチェック☑を付けてください <input type="checkbox"/> マイカー <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 自宅から一番近い駅・バス停 (駅・バス停 (自宅から で 分))		
来所の経路 (きっかけ)	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 紹介を受けた(どなたから紹介されましたか? →) <input type="checkbox"/> その他()		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> その他()		
相談したいこと	<相談したい内容> <利用したいサービス内容>(複数チェック可) <input type="checkbox"/> 職業評価 <input type="checkbox"/> 職業準備支援 <input type="checkbox"/> ジョブコーチ支援 <input type="checkbox"/> その他()		
ハローワークの 登録	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 障害者窓口(専門相談部門)に登録あり <input type="checkbox"/> 一般窓口に登録あり 登録しているハローワーク() 担当者()		
障害者手帳の 有無と種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(程度:) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請検討中 <input type="checkbox"/> 手帳なし		
障害名・ 診断名			

<p>通院状況</p> <p>※通院している方のみ</p>	<p>【通院先】</p> <p style="text-align: right;">【主治医】</p> <p>【通院頻度】(例:4週間に1回)</p> <p>【服薬】 なし ・ あり →お薬手帳がある場合は、次回お持ちください</p> <p>【主治医の就労に関する意見】</p> <p>主治医は働くことに同意していますか？ はい ・ いいえ ・ 未確認</p> <p>勤務時間・日数についてなど、主治医からのアドバイスがあればご記入ください</p>
<p>活動状況</p> <p>※所属先がある方のみ</p>	<p>【現在の所属】</p> <p>【活動内容】</p> <p>【活動時間・日数】</p>
<p>生活リズム</p>	<p>起床 (時 分頃) 就寝 (時 分頃)</p> <p>生活リズムが崩れることが よくある ・ たまにある ・ ほとんどない</p> <p>夜、寝付けられないことが よくある ・ たまにある ・ ほとんどない</p> <p>夜、途中で目が覚めることが よくある ・ たまにある ・ ほとんどない</p> <p>朝、すっきりと起床できないことが よくある ・ たまにある ・ ほとんどない</p>
<p>年金などの 社会保障</p>	<p><input type="checkbox"/>失業手当(受給期間:令和 年 月まで) <input type="checkbox"/>傷病手当金(受給期間:令和 年 月まで)</p> <p><input type="checkbox"/>障害年金(基礎 級・厚生 級) <input type="checkbox"/>自立支援医療 <input type="checkbox"/>生活保護</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>家族状況</p>	<p>(例: 父 、 母 、 兄 、 祖母) ※同居家族には○をつけてください</p>

ご記入ありがとうございました