**職業相談票（本人用）**

記入日（　　　年　　　月　　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | （S・H）　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　（　　　歳） |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住　所 | 〒　　　　－　　　　　　　自宅電話（　　　　－　　　　－　　　　）　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 |
| 公共職業安定所に求職者登録をしていますか？　はい（　　　　公共職業安定所：一般・障害者）・いいえ |
| 手　帳 | ○身体障害者手帳　（　　　級・申請中）　　　年　　　月　　　日 交付○ 療 育 手 帳　　（　　　　・申請中）　　　年　　　月　　　日 交付○精神保健福祉手帳（　　　級・申請中）　　　年　　　月　　　日 交付○ 検討中（　　　　　　　 手帳）○ なし |
| 社会保障　関係 | ○障害基礎年金（　　　級）○障害厚生年金（　　　級）○雇用保険（受給中　　　　～　　　年　　月まで）○生活保護○医療費の公費負担（　　　　　　　　　　）　　　○その他（　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 就職についての希望 | 希望職種 | どのような仕事をしたいですか？ |
| 　第１希望　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　第２希望　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　第３希望　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 労働条件 | 待遇 | 正社員　・　パート　・　アルバイト　・　希望なし |
| 勤務時間 | ・　　　　時　　　分から　　　時　　　分まで　　・希望なし |
| ・１日　　　　時間程度　　　　・週　　　　日程度働きたい |
| 休日 | 月・火・水・木・金・土・日・祝日・その他・希望なし |
| 勤務場所 | 　　　　　　　　　　　　　（自宅からの通勤時間　　　　　　分以内） |
| 給料 | （月）　　　　　　　　　　円　・　（時給）　　　　　　　　　　円 |
| その他の希望 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 生活歴 | 療育、医療、学歴などの状況や現在までの生活の状況など |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 職歴・アルバイト等 | ① | 会社名 |  | 仕事内容 |  |
| 期間 | 　　年　　月～　　年　　月 | 退職理由 |  |
| ② | 会社名 |  | 仕事内容 |  |
| 期間 | 　　年　　月～　　年　　月 | 退職理由 |  |
| ③ | 会社名 |  | 仕事内容 |  |
| 期間 | 　　年　　月～　　年　　月 | 退職理由 |  |
| ④ | 会社名 |  | 仕事内容 |  |
| 期間 | 　　年　　月～　　年　　月 | 退職理由 |  |
| サポート体制 | 現在利用している支援機関の状況 |
| ①機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ②機関名 |
| ③機関名 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 通院・服薬 | 病院名① |  | 診療科目 | 科 |
| 初診の時 | （S・H）　　　　年　　　　月 | 現在の通院は　　　　週間・月に　　　　　回 |
| 診断名症状 |  |
| 薬の種類用法用量 | ①（薬品名）　　　　　　　　　　　　　　朝・昼・夕・寝る前・その他　　　　回②（薬品名）　　　　　　　　　　　　　　朝・昼・夕・寝る前・その他　　　　回③（薬品名）　　　　　　　　　　　　　　朝・昼・夕・寝る前・その他　　　　回④（薬品名）　　　　　　　　　　　　　　朝・昼・夕・寝る前・その他　　　　回服薬の自己管理（可・一部可・不可） |
| 病院名② |  | 診療科目 | 科 |
| 初診の時 | （S・H）　　　　年　　　　月 | 現在の通院は　　　　週間・月に　　　　　回 |
| 診断名症状 |  |
| 薬の種類用法用量 | ①（薬品名）　　　　　　　　　　　　　　朝・昼・夕・寝る前・その他　　　　回②（薬品名）　　　　　　　　　　　　　　朝・昼・夕・寝る前・その他　　　　回③（薬品名）　　　　　　　　　　　　　　朝・昼・夕・寝る前・その他　　　　回④（薬品名）　　　　　　　　　　　　　　朝・昼・夕・寝る前・その他　　　　回服薬の自己管理（可・一部可・不可） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 免許・資格等 |  | 取得時期 | 　　　　年　　　月 |
|  | 取得時期 | 　　　　年　　　月 |
|  | 取得時期 | 　　　　年　　　月 |
|  | 取得時期 | 　　　　年　　　月 |

|  |
| --- |
| 　香川障害者職業センターで相談したいこと |

**ありがとうございました。**

**ご記入いただいた内容は、個人情報保護法等に基づいて厳重に管理いたします。**