**【初回相談用シート】**

**受付番号：**

**※お問い合わせの時にお伝えします。ご相談のご希望の際は事前に電話連絡をお願いします。**

**相談の参考にしますので、ご記入をお願いいたします。**

**このシートを記入した日：令和　　年　　月　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** | **（ふりがな）** | | | **性　別** | 男  ・  女 | | **生年月日**  **（年齢）** | | **昭和・平成　　　年　　月　　日**  **（　　　歳）** | |
| **住所等** | **（〒　　　　　　　　）** | | | | | | | | | |
| **電話番号（自宅）　　　　　　　　　　　　　（携帯電話）** | | | | | | | | | |
| **家　　族** | **氏　　名** | | **続柄** | **年齢** | **交通手段等** | **＊自動車運転免許が（　ある　・　ない　）**  **＊自宅の最寄り駅またはバス停をご記入ください。**  **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **＊自宅から最寄り駅・バス停まで　　　分**  **（徒歩で・自転車で・車で・バスで・電車で）** | | | | |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **障害者手帳等** | **＊　障害名・診断名：**  **＊　あてはまるところに○をつけてください。**  身体障害者手帳（　　級・申請中　）　　　療育手帳（等級　　・　申請中　）  精神保健福祉手帳（　　級・申請中　）　　手帳は持っていない  障害年金（　受給中［基礎年金・厚生年金・その他］・申請中・なし　）  **＊　病院・クリニックにかかっている方は、ご記入ください。**通院頻度　　　月・週　　回  病院名：　　　　　　　　　　　　　　診療科目：　　　　　　科　担当医師：　　　先生）  どんな薬を飲んでいますか： | | | | | | | | | |
| **最終学歴** | | **学校名・学科名**  **（在学中　・　卒業　・　中退　［卒業または中退の時期：昭和・平成・令和　　年　　月］ ）** | | | | | | | | |
| **職　　　歴** | **会社名** | | | **仕事の内容** | | | | **期　間** | | **退職理由** |
|  | | |  | | | | **年　月～　　年　月** | |  |
|  | | |  | | | | **年　月～　　年　月** | |  |
|  | | |  | | | | **年　月～　　年　月** | |  |
|  | | |  | | | | **年　月～　　年　月** | |  |
| **その他** | | **＊持っている資格・免許・特技があれば記入してください。**  **＊ハローワークで求職登録を（　している　・　していない　）** | | | | | | | | |
| **お預かりした書類** | | **□障害者手帳の写し＜受領日：令和　　年　　月　　日＞**  **□履歴書の写し＜受領日：令和　　年　　月　　日＞**  **□職務経歴書の写し＜受領日：令和　　年　　月　　日＞**  **□お薬手帳の写し＜受領日：令和　　年　　月　　日＞**  **□主治医の意見書等医療情報の写し＜受領日：令和　　年　　月　　日＞**  **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **□その他＜受領日：令和　　年　　月　　日＞**  **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | | | | |

**長野障害者職業センター（2022.2）**