

職業相談・職業評価 情報提供シート

支援者の方にご記入をお願いします。
内容については、ご本人の了解をいただくようお願いいたします。

| | |
|--------------|----------|
| 作成日 | 令和 年 月 日 |
| 貴施設名 | |
| ご担当者名 | |
| 電話番号 | () |

基本情報

| | | | |
|--------------------|---|--|---|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> S 年 月 日 (歳) <input type="checkbox"/> H |
| 住所 | 〒 最寄り駅・バス停などの名称： | | |
| 電話番号 | () | 当センター 利用歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 障害種類 | <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 () <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 難病 | 診断名/病名 | |
| 障害者 手帳 | <input type="checkbox"/> あり ⇒ 右記のご記入もしくは 手帳のコピーをご提出ください | 身体障害者手帳 (級) (交付： 年 月 日) | |
| | <input type="checkbox"/> 申請中 | 療育手帳 (A・B) (交付： 年 月 日) | |
| | <input type="checkbox"/> 検討中 | 精神保健福祉手帳 (級) (交付： 年 月 日) | |
| | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 免許・資格等 | | | |
| 社会保障 関係 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 医療費の公的負担 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 () | |

医療歴

| | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| 通院 | <input type="checkbox"/> なし | 通院先： | |
| | | 通院頻度： | 回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 |
| 服薬 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | ⇒ 右記のご記入もしくは お薬手帳のコピーを ご提出ください | 服薬内容： |
| 医療機関との 連携状況 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | ⇒ 具体的な連携状況 | <input type="checkbox"/> 受診同行 <input type="checkbox"/> 主治医と電話やメール等でやりとり <input type="checkbox"/> コメディカルスタッフと電話やメール等でやりとり <input type="checkbox"/> 貴施設から直に診断書等の作成/検査結果の情報提供を依頼 |
| 発症のきっかけ、 診断を受けた 時期や経緯 | 入院の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| 就労に向けて 主治医との 相談状況 | <input type="checkbox"/> 相談していない <input type="checkbox"/> 相談している | ⇒ 内容： | |

経 歴

※履歴書の写しをご提出いただいた場合、学歴と職歴は省略可

| | |
|-------------|---|
| 成育歴における特記事項 | |
| 学 歴 | 中学校名 () <input type="checkbox"/> 卒業 年 月 高等学校名 () <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在籍 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> その他 年 月から 年 月まで 大学名 () <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在籍 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> その他 年 月から 年 月まで 大学院名 () <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在籍 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> その他 年 月から 年 月まで |
| 職 歴 | |
| 家族状況・ご家族の意向 | |

貴施設の利用状況

※個別支援計画書等の写しをご提出いただいた場合、個別支援計画書等の概略は省略可

| | |
|---------------------------|--|
| 利用期間 活動時間 | 年 月 日より利用開始、 週 日、 時 分 ～ 時 分 |
| 個別支援 計画書等の概略 (利用目的) | |
| 支援内容 | <input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> 作業体験 () <input type="checkbox"/> 講習等のプログラム実施 <input type="checkbox"/> その他 () |
| ご本人の 就職に 関する 考え | ご本人のご希望やご不安、ご本人が求める配慮事項 |
| 貴施設の 考え (見立て) | ご本人の特徴(作業能力や対人関係、ストレス管理など) |
| | 就労上のセールスポイントと今後改善すべき課題/支援上の留意点 |
| | 現行の支援体制と今後必要な支援内容 |
| 職業評価に 求める事柄 | 例：得意不得意の整理、職種の検討、配慮事項の整理、等 |
| 当センターのサ ービスの利用希望 | <input type="checkbox"/> 職業準備支援 <input type="checkbox"/> ジョブコーチ支援 |

※ 提供いただいた個人情報は、「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」及び当機構の定める「個人情報の取扱いに関する規程」、その他当機構の定める規程等により適切に取扱います。また、当該個人情報は目的以外に利用しません。