

職業相談・職業評価 情報提供シート

作成日 令和 年 月 日

※支援者の方にご記入をお願いします。

※情報提供及びその内容については、事前にご本人に説明の上、了解いただくようお願いします。

貴施設名 _____

ご担当者名 _____

電話番号 () _____

A：基本情報 ※可能な範囲でご記入ください。

氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	〒 _____ (最寄駅 駅 線)		
電話番号	() _____	当センター 利用歴	□なし □あり (前回 年 月頃)
障害種類	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <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 その他 ()	障害名 病名 手帳情報	
医療歴	○医療機関の定期的利用：□なし □あり ※☑ありにチェックが付く方は、以下に詳細な状況をご記入ください。 ○病院名： _____ 通院頻度： _____ ○服薬：□なし □あり (1日 回 薬の種類： _____) ○服薬管理 (□可 □部分的に可 □不可 □服薬の必要なし) ○医療機関と貴施設との連携状況： _____ ○症状の安定度： _____ ○発症の契機・診断の経緯～現在まで： _____		
貴施設 利用状況	○貴施設を利用するに至った経緯： _____ ○利用期間： _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 ○支援内容 (□相談支援 □作業支援 □講習等のプログラム □その他 ())： _____ ※日中活動 (支援機関への通所) を通して支援をしている場合は以下に詳細をご記入ください。 ○日中活動時間：週 _____ 日間 (_____ : _____ ~ _____ : _____) ○作業内容： _____		

