

職業相談にかかる情報提供シート

埼玉支部 埼玉障害者職業センター

初回相談時のご負担を軽減するため、可能な範囲で事前にご記入をお願いします。

□欄につきましては、あてはまる項目にチェック（レ点）を入れてください。

(電子入力は 〇 の箇所のみ入力可となっています) ご記入日（西暦・令和） 〇 年 〇 月 〇 日

ふりがな			生年	<input type="checkbox"/> 昭和	年		月		日	(<input type="checkbox"/> 歳)	
氏名			月日	<input type="checkbox"/> 平成							
住所	〒 〇 ー 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 (最寄り駅) 〇 線 〇 駅 〇 バス停										
電話番号			当センター 利用歴	<input type="checkbox"/> はじめて利用する <input type="checkbox"/> 過去に利用したことがある							
障害種類	<input type="checkbox"/> 身体障害		<input type="checkbox"/> 知的障害		障害・疾病名						
	<input type="checkbox"/> 精神障害		<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害		診断時期						
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (〇) 級		<input type="checkbox"/> なし								
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 (〇) 度		<input type="checkbox"/> 申請中 (取得予定 〇 月頃)								
経路	<input type="checkbox"/> ハローワーク		<input type="checkbox"/> 障害者就業・生活支援センター		<input type="checkbox"/> 市障害者就労支援センター			<input type="checkbox"/> 医療機関			
	施設名: 〇 〇 〇 〇		担当者: 〇 〇 〇 〇								
ご相談内容	【ご本人】 希望するサービスはありますか？										
	<input type="checkbox"/> 就職に向けた自分の課題や特性について整理したい (職業評価)										
	<input type="checkbox"/> 就職に向けた準備をするため、カリキュラムを利用したい (職業準備支援)										
<input type="checkbox"/> 現在の職場に定着するための相談をしたい (ジョブコーチ支援)											
具体的に相談したいことがありましたら、以下にご記入ください。 (〇 〇 〇 〇)											
【ご家族】											
具体的に相談したいことがありましたら、以下にご記入ください。 (〇 〇 〇 〇)											
【支援機関】 (ご本人を支援している支援機関の支援者)											
<input type="checkbox"/> 就職 (または職場定着、復職) に向けた支援の進め方について相談したい											
<input type="checkbox"/> 就職に向けたご本人の課題や特性について相談したい											
具体的に相談したいことがありましたら、以下にご記入ください。 (〇 〇 〇 〇)											
最終学歴	〇 〇 〇 〇		年 〇 月		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退		<input type="checkbox"/> 在学中				
職業訓練歴	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり		時期 〇 〇 〇 年頃						
	訓練内容: (例) CAD、調理、介護等 〇 〇 〇 〇										
職歴 <small>※直近の職歴からご記入ください。 (過去の履歴書等あれば添付してください) です)</small>	会社名			仕事内容			期間				
	所在地						〇 〇 年 〇 月 ~ 〇 〇 年 〇 月				
							〇 〇 年 〇 月 ~ 〇 〇 年 〇 月				
							〇 〇 年 〇 月 ~ 〇 〇 年 〇 月				
							〇 〇 年 〇 月 ~ 〇 〇 年 〇 月				

⇒裏面に続きます

就労支援機関の利用歴	現在利用している就労支援機関、社会福祉施設、ディケア等がありますか？	
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 名称 <input type="text"/> 担当 <input type="text"/> 利用期間 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
障害・病気の状況	初めて症状があらわれたのはおおよそいつ頃ですか？	
	発症の時期	<input type="text"/> 年頃 <input type="text"/> 歳頃
	通院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { 病院名： <input type="text"/> 主治医名： <input type="text"/> 通院頻度：月 <input type="text"/> 回
	入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { 病院名： <input type="text"/> 入院期間： <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
	服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩 <input type="checkbox"/> 就寝前) 薬名： <input type="text"/>
	服薬の自己管理	<input type="checkbox"/> 飲み忘れることはほとんどない <input type="checkbox"/> 時々忘れることがある <input type="checkbox"/> 自分で管理していない
	障害特性や病気の症状について	障害の特性や病気の現在の症状について、具体的にご記入ください。 <input type="text"/>
基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { 診断名： <input type="text"/> 医療機関： <input type="text"/> 服薬： <input type="text"/>	
働き方の希望	企業に障害や病気を伝える働き方と伝えない働き方があります。	
	障害や病気を	<input type="checkbox"/> 伝えて働く <input type="checkbox"/> 伝えなくて働く <input type="checkbox"/> 決まっていない
	勤務時間	<input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> フルタイム以外の短時間 <input type="checkbox"/> 決まっていない
	勤務日数	<input type="checkbox"/> 週5日 <input type="checkbox"/> 週5日より少ない日数 <input type="checkbox"/> 決まっていない
	希望職種	<input type="checkbox"/> あり <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 何でもよい (特にこだわりはない)
	希望雇用形態	<input type="checkbox"/> パート社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> その他 ()
	支援者の援助	支援者が採用面接時に同席したり、就職後に職場訪問する援助があります。 <input type="checkbox"/> 援助を希望する <input type="checkbox"/> 援助は必要ない <input type="checkbox"/> 分からない
仕事上困っていること	<input type="checkbox"/> 仕事をする上で困っていることは特にない <input type="checkbox"/> 仕事をする上で困っていることがある 困っていることについて、可能であればご記入ください。 <input type="text"/>	

※提供いただいた個人情報は、当機構個人情報の取扱いに関する規定により取扱います。
 ※その他、障害者手帳、お薬手帳、診断書・検査結果等の医療情報をお持ちの場合は、ご持参をお願いいたします。
 お手数ですが、ご協力をお願いいたします。