

# 受付票

記入日（      年      月      日）

ふりがな			生年月日	S・H	年	月	日（ 歳）
氏 名							
住 所	〒      -      - 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						
公共職業安定所の求職登録 （※障害者としての登録）	あり（      公共職業安定所） ・ なし						
現在、ご利用中の支援機関 はありますか？	<機関名>		<担当者名>				
	<必要に応じて、当センターから担当者に連絡を取って良いか> 可・否						
障害者手帳 の有無	身体障害者手帳（      級） ・ 療育手帳（      ） ・ 精神保健福祉手帳（      級） 申請中 ・ 検討中 ・ なし						
障害名・診断名（医療機関等聞いている診断名）							
現在、年金等の支給を受けていますか？      はい ・ いいえ ↓ ※「はい」と答えた方は、以下の記入もお願いします。 障害基礎年金      級 ・ 障害厚生年金      級 ・ 生活保護 ・ 傷病手当（      年      月まで） ・ 雇用保険失業給付（      年      月まで） 金額：（      ）月に1回、      円							
家族状況	氏 名	続柄	年齢	備 考(同居の有無等)			
最終学歴		（昭和・平成・令和）      年      月 卒業					
○ 現在通院している医療機関（病院、医院等）はありますか？      ある ・ なし ※ ある場合は、その時期と機関名をご記入ください。 （昭和・平成・令和）      年      月 ～現在      医療機関名：      （通院頻度      回/月）							
○ 服薬をしていますか？（いいえ・はい）⇒（朝・昼・晩・就寝前・その他（      ））							
○ 主治医の先生は、働くことについて賛成されていますか？      はい ・ いいえ ・ わからない							
○ 主治医から、就労上のアドバイスとして聞いていることはありますか？ 職種：      勤務時間の目安：							
○ 説明会を聴いて希望する支援内容（あてはまるものに○をつけてください。複数回答可） ・ 就職活動の進め方について相談したい。 ・ 働く上での自分の得意・不得意について知りたい。 ・ どんな仕事に就いたらよいかかわからないので相談したい。 ・ 日中活動の場を探したい。 ・ 職業準備支援を受けたい。 ・ ジョブコーチ支援を受けたい。 ・ その他（      ）							