

事前情報整理票

鳥取障害者職業センターの利用にあたり、以下のとおり情報提供いたします。なお、当機関が把握している情報は下記の範囲であり、情報提供に当たってはご本人及びご家族の了解を得ています。

作成日：令和 年 月 日

フリガナ 氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
現住所	〒 -		☎	()	
保護者等 連絡先	〒 -		☎	()	
障 害 状 況	障害名(病名)				
	身体障害者手帳		療育手帳		精神障害者保健福祉手帳
	有(級)・無・申請中 県 年 月 日 交付		有(程度)・無 申請中 県 年 月 日 交付		有(級)・無 申請中 主治医の意見書 有・無
	具体的状況 ・補装具等		重複障害：有()・無		
通院先	(科)	主治医： 医師	通院頻度	週間に 回 か月に 回	
服薬	有(日 回)・無				
職業に対する 考え方 (希望の職種、時間、 給与等具体的に記 入 して下さい)	本人				
	家族				
	関係機関				
家 族 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	同/別居	備 考
				同・別	
				同・別	
				同・別	
交 通 機 関	バス：可・不可 自動車：可・不可		自家用車：可・不可		自転車：可・不可 その他()

生活暦<幼少期～現在まで>

最終学歴(学校名)		卒業・中退 (年 月)		
職 歴 (実 習 歴)	事業所名(所在地)	期 間	作 業 内 容	離職理由(実習の場合は評価)
	1 ()	年/ 月 ～ 年/ 月		
	2 ()	年/ 月 ～ 年/ 月		
	3 ()	年/ 月 ～ 年/ 月		
免許・資格等				

施設等 の 利用 状況 (施 設 利 用 者 の み)	【施設名】	
	【出席状況】	【特 性】
	【対人態度】	【集団参加】
	【作業状況】 持続性: 確実性: 作業速度: その他:	【健康状態・てんかん発作等の有無】
	【家庭生活・生活習慣等】	【その他特記事項】

作成者 氏 名	所属(職名)
------------	--------

※この整理票により取得した個人情報 は鳥取障害者職業センターにおいて適正に管理します。