

職業相談・職業評価 情報提供シート

＜お願い＞

- ・内容についてご本人の同意を得た上でご提出ください。
- ・同様の内容が含まれていれば、別様式の添付で結構です。
- ・不明な箇所は空白でかまいません。

貴施設名

ご担当者名

電話番号

A：基本情報

記入日：令和 年 月 日

氏名	男 女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)
住所	〒 — (最寄り駅または最寄りのバス停)			
電話番号	自宅 () 携帯 ()	当センター 利用歴	なし あり (前回 年 月頃)	
障害種類	身体障害、知的障害、精神障害、発達障害、 高次脳機能障害、難病、その他 ()		障害名 診断名	
障害者 手帳	・ ☐ 障害者手帳なし ☐ 申請中(取得予定 月頃) ☐ 申請検討中 ・障害者手帳ありの場合 ・交付年月日(年 月 日) ・有効期限(年 月 日) ☐ 身体障害者手帳 ()級 ☐ 療育手帳 ()度 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ()級			
年金・ 社会保障			資格・免許	
経歴 【生活歴】	◆乳幼児期 ○発育状況：首のすわり ヶ月、始歩 ヶ月、始語 ヶ月 ○健診結果：_____ ○療育の有無：施設名() 時期() ◆学齢期 ○小学校：()小学校(普通・特別・通級) 年入学、 年卒業 ○中学校：()中学校(普通・特別・通級) 年入学、 年卒業 ○特別支援学校：()支援学校 年入学、 年卒業(在学中・中退) ○高校：()高校(普通科・ 科) 年入学、 年卒業(在学中・中退) ○その他(大学・大学院・専門学校)(科) 年入学、 年卒業(在学中・中退) ※生活面、学習面、対人面などの状況 ◆青年期・成人期(就職などの社会生活の状況、福祉サービスの利用など) 			

【治療歴】	◆現在治療中の疾患がある場合																																	
	○診断名() ○発症時期()																																	
	○症状																																	
	○通院状況(病院:)(主治医)(通院頻度)																																	
	○主治医の意見(就職活動についての了解、勤務時間や職場環境など医療上の留意事項)																																	
	○服薬: 有 ・ 無 (薬の種類)(1日 回 食前・食後・就寝前)																																	
	○入院歴: 有 ・ 無 (期)																																	
	◆その他の既往歴: あり ・ なし (診断名)発症時期()																																	
	【職 歴】	<table><tr><th>事業所名</th><th>期間</th><th>障害開示</th><th>仕事内容</th><th>就業状況・退職理由</th></tr><tr><td></td><td>～</td><td>有 ・ 無</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>～</td><td>有 ・ 無</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>～</td><td>有 ・ 無</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>～</td><td>有 ・ 無</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>～</td><td>有 ・ 無</td><td></td><td></td></tr></table>				事業所名	期間	障害開示	仕事内容	就業状況・退職理由		～	有 ・ 無				～	有 ・ 無				～	有 ・ 無				～	有 ・ 無				～	有 ・ 無	
事業所名		期間	障害開示	仕事内容	就業状況・退職理由																													
		～	有 ・ 無																															
		～	有 ・ 無																															
		～	有 ・ 無																															
		～	有 ・ 無																															
	～	有 ・ 無																																
【実習歴】	<table><tr><th>事業所・施設名</th><th>期間</th><th>仕事内容</th><th>実習の状況</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				事業所・施設名	期間	仕事内容	実習の状況																										
	事業所・施設名	期間	仕事内容	実習の状況																														
家族構成	<table><tr><th>氏名</th><th>続柄</th><th>年齢</th><th rowspan="6">備考</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				氏名	続柄	年齢	備考																										
	氏名	続柄	年齢	備考																														

B:現状整理と今後について ※できればご本人と一緒に整理していただけると幸いです。

障害の状況	●ご本人の特徴等
本人・保護者の職業に関する考え方	●希望職種や条件、今後についての方向性等
当センターに相談や支援を依頼したい内容	●ご本人・ご家族 ●貴施設
貴施設のご意見・連絡	●作業状況(取り組み内容・指示理解・作業能率・作業態度等) ●対人関係・性格 ●支援の際に配慮されていること(指示の出し方や環境設定等) ●就労に向けて課題と思われること・貴施設の就労に関する見解 ●今後貴施設として支援できること(具体的な関わり等)
備考	●当センターが支援するにあたって留意すべき事項 等

※提供いただいた個人情報、当機構の「個人情報の保護に関する規程」により取り扱います。ご負担のない範囲でご記入ください。

関係機関の方へ（アンケートのお願い） 職業評価を利用いただく支援機関の皆様へ、就労支援を行う中でのニーズを確認し、就業支援技法に関する資料提供や助言、当センターの支援場面の見学等の機会を提供させていただきたいと考えています。下記アンケートにご協力いただきますよう、お願いいたします。 ☐ 職業センターの評価場面を見学して、どのような視点でアセスメントしているか参考にしたい。* 今回の対象者様のご了承のもと、作業検査場面に同席していただきます。 ☐ 職業準備性ピラミッドの資料（PDFデータ）を提供してほしい。* 提供時に活用例を紹介します。 ☐ 障害の開示・非開示を考える資料を提供してほしい。* 提供時に相談の進め方例を紹介します。 ☐ 現在支援をしている別の対象者に係る支援について客観的な意見を聞きたい。* センター登録のない方・対象者名は匿名で結構です。 ☐ 利用者向けの講座の資料を提供してほしい。ストレス対処、コミュニケーション、ナビゲーションシート等。 ☐ その他 ※ 職業評価の振り返りケース会議の後に、15～30分程度時間をいただき、上記ご希望の資料提供や相談等行うことができます。
--