

職業相談・評価の事前調査票

職業相談・評価の利用にあたり、以下の通り情報提供いたします。なお、ご本人及びご家族は山口障害者職業センターの利用を希望しており、記載した内容はご本人及びご家族の了解を得ています。

作成年月日	年 月 日	作成者	所属
			氏名

フリガナ		生年月日	年 月 日生
対象者氏名		年齢	歳
住 所	〒		(普段利用するものに <input checked="" type="checkbox"/> を記入) <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バイク
電話番号			

障害者手帳	身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳	
	都道府県 級 年 月 日 交付	都道府県 A・B 年 月 日 交付	都道府県 級 年 月 日 交付	
障害状況	※診断名、知能検査の結果、行動特性等			
医療措置	※通院や服薬の状況等(病院名、受診科目、通院や服薬の頻度等)			
就職に対する希望や考え等	本人			
	家族			
	貴所			
家族状況	名前	続柄	年齢	※家族の支援状況等

生活歴	※障害・疾病等に関する特記事項を記載して下さい。			
	最終学歴	名称	卒業年月(見込み) 年 月	
	職歴 ※履歴書を添付でも可	名称	期間 年 月～ 年 月	
福祉施設・職業訓練等の利用歴	名称	期間 年 月～ 年 月		
職場実習の状況	①	期間、時間	職場の評価	貴所の評価
		事業所名・作業内容		
	②	期間、時間	職場の評価	貴所の評価
		事業所名・作業内容		
	③	期間、時間	職場の評価	貴所の評価
		事業所名・作業内容		
支援機関の連携	支援機関の名称	担当者名	連携状況	
身体状況	身長	cm	※特記事項 (測定年月:)	
	体重	kg		
	握力 ⑤	kg / ⑤		
	視力 ⑤	/ ⑤		

貴所等での状況		A	B	C	D	具体的な状況
A: 就職のセールスポイントになる B: 就職に支障はない C: 若干改善が必要(就職時にある程度の配慮が必要) D: 大幅な課題の改善が必要(事業所側のかなりの配慮が必要)						
(通所施設や在学者の場合) 欠席・遅刻・早退等の状況						
健康面	仕事を継続していくための基礎体力がある					
	調子が悪くなった時には適切に対処できる					
	(通院している場合) 定期的に通院して、服薬が守れる					
日常生活	概ね決まった時間に起床、就寝している					
	1日3食、概ね決まった時間帯に食事している					
	身だしなみに気を付けることができる (歯磨き、頭髪、ひげ剃り、服装等)					
	金銭管理ができる					
対人関係	余暇を楽しく過ごすことができる					
	挨拶や返事ができる					
	言葉遣いや態度、マナーができています					
	自分の要求を伝えられる ちょっとした一言が言える (ありがとう、すみません、失礼します等)					
基本的労働習慣	遅刻等の時には連絡ができる					
	安全に気を付けて仕事ができる					
	分からない時に、自分から質問することができる					
	指導や助言等を素直に聞くことができる					
	休憩時間と仕事時間を区別して行動する					
	すすんで作業の準備ができる					
作業遂行	規則を守ることができる					
	気分にもうなく、仕事を継続できる					
	適切な速さで、一定の作業量をこなせる 人と協力して仕事をすることができる					

貴所における支援課題	支援課題	これまでの支援状況
	①	
②		
③		

就職後に想定される支援課題	①	
	②	
	③	

※この調査票により取得した個人情報、山口障害者職業センターにおいて適正に管理します。
 ※同様の内容が含まれていれば、別様式の添付で結構です。また、不明な箇所は空白でかまいません。