

職業相談事前調査票 ㊟

作成年月日	平成 年 月 日	作成者	(所属:)
-------	----------	-----	--------

ふりがな		男	生年	昭和
名前	(歳)	女	月日	平成 年 月 日

住	〒	交	(普段利用するものを○で囲む) 電車・バス・自転車 バイク・自家用車
所	電話 () -	通	
		利	
		用	

障害者手帳	身体障害者手帳		愛護手帳		精神障害者保健福祉手帳	
	有申請中なし	都道府県級 年 月 日交付	有申請中なし	都道府県級 年 月 日交付	有申請中なし	都道府県級 年 月 日交付

障害状況	障害名： 障害状況： 重複障害：なし・あり ()
------	---------------------------------

つ職	【本人】
い業	
て生	
の活	
の希	【家族】
望	

に医	医療上の留意事項：
つ療	
い面	
て	通院：無・有(1月に 回) 服薬：無・有(1日に 回) 通院先(主治医)：

【障害年金等】	【免許・資格等】
【相談支援事業所(担当者)】	

家族状況	名前	続柄	年齢	家族の支援体制・その他

社会生活状況（記入者名 _____）

		A	B	C	D	具 体 的 状 況
基 本 的 ル ー ル	継続勤務					
	欠勤・遅刻の届出					
	休憩時間と作業時間の区別					
	職場・作業に合わせた整容					
	危険への配慮					
対 人 態 度 ・ 意 思 疎 通	あいさつ					
	返事・応答					
	分からないときの質問					
	作業終了の報告					
	作業ミスの報告					
	注意や指示を受けるときの態度					
	他者との関係					
作 業 遂 行 力	体力					
	持続力					
	作業理解					
	作業速度					
	作業ミス					
	作業のていねいさ					
	準備・後片付け					

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（事業所側のかんりの配慮が必要）

○今後の支援計画について

将来に向けて必要と思われる支援内容について	想定される具体的な支援

○これまでの支援状況

支援目標 (目標の設定時期)	支援内容とその支援状況・評価
()	
()	
()	

○職場実習について

職場 実習の 状況に ついて	期 間 (年 月～ 年 月)	事 業 所 名	仕 事 内 容	事 業 所 の 評 価
	① (~)			
	② (~)			
	③ (~)			

○働く上での本人のセールスポイント