就労系サービス利用相談 ヒアリングシート

**面談する時の参考になりますので、書ける範囲でかまいません。面談までにご記入をお願いします。**

**１．基本情報**　　　　　　　　　　　　 面談日：令和　　年　　月　　日　【市担当者：　　　　】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談者名 |  | | 【生年月日】　　　　　年　　月　　日  【年　　齢】 　 　( 　　　　 歳) |
| 障害福祉サービス利用状況 |  | | |
| 障害者手帳 | □身体障害　　級（　　　　　　　）　□療育手帳（ A1・A2・B1・B2 ）  □精神保健福祉手帳　　 級 | | |
| 障害の状況 | ＜手帳取得時期＞  令和　　年  　　　　/歳頃 |  | |

**２．経歴**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校 |  |  |
| 職歴 | 歳から  　　　　　歳頃 |  |
| 歳から  　　　　　歳頃 |  |
| 歳から  　　　歳頃 |  |
| 退職理由 | 年前  　　　　　歳頃 |  |
| 職業経験や  保有している  資格・免許 |  | |

**３．病状と就労の可否**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主な傷病名 |  | ＜発症時期＞ |
| 発症の経緯 |  | |
| 通院の状況 | □期的に通院している（月　１回）  □不定期に通院している（月　　回）  □通院できてない  □その他 | ＜通院先・科名＞    　　　　　　　　　　　　　　科  □ 自立支援医療（精神通院）あり  □ 医療（精神科）デイケアを利用 |
| 医師からの  意見 | ＜仕事をすることへの意見や訓練の条件など＞ | |

**４．就労系サービスへの通所希望**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望事業所 | □就労移行支援 □就労継続支援（A型・B型 ） □自立訓練（生活・機能） | |
| 事業所名 |  | |
| 当事業所を  希望する理由 |  | |
| 希望する職種  /業務の内容  /就労条件  など |  | |
| これまでの  就労系サービスの利用の有無 | □利用したことがある  □利用したことがない  □その他 | 【利用期間】　　　年　月頃 ～　　　年　月頃  【事業所名】 |
| 通所するに  あたり  不安なこと |  | |
| 就職活動の  現在の状況 | □面接を受けている  □職安等に相談している  □就職活動していない  □その他 |  |
| 関係機関からの意見 |  | |

**５．生活状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 家庭の状況 |  | |
| 外出の可否  ※複数回答可 | □電車バス等で外出可  □近所での買い物が可  □外出は困難  □その他 | ＜日中の過ごし方＞ |
| 生活での  困りごと |  | |
| 計画相談支援 | □利用していない　　□利用する（事業所名　　　　　　　　　　　　　） | |

＜市処理欄＞　□希望するサービスを認める　□就労選択・移行支援で評価　　□課内会議で判定