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