

社会生活状況確認票

入校希望者氏名 _____

1 現在、あなたの日常生活を支援している機関はありますか。 ※主治医とハローワークは除く
 有 無

2 1で「有」とした方、具体的な支援機関にチェックしてください。(複数回答可)
 障害者職業センター 障害者就業・生活支援センター 就労援助(支援)センター
 就労移行支援 就労継続A型 就労継続B型 作業所 デイケア(医療機関等)
 地域活動支援センター 相談支援事業所 その他()

3 1で「有」とした方は、以下の項目に関して、最も身近な支援機関の方(2でチェックした中の1機関)に記入を依頼してください。

○現在の支援機関

支援機関名			
代表者	ⓐ	担当者	ⓐ
支援機関住所及び電話番号	〒		
	電話 () -		

○これまでの支援機関の利用状況

※支援機関とは医療・保健・福祉・就労支援などを指します。利用機関が多い場合は、最近の利用状況をお書きください。

利用機関名	支援内容	利用期間	利用頻度
		年 月～ 年 月	回/週
		年 月～ 年 月	回/週
		年 月～ 年 月	回/週
		年 月～ 年 月	回/週
障害者手帳:	級・無	障害年金:	級・無
		自立支援医療:	有・無

○現在の状況

① 最近の日中活動状況について ※週○日、1日○時間、活動内容等できるだけ詳しくお書きください。

② 最近の精神面の状況について	※最近(概ね6ヶ月)の心身の状態、安定度、不安となる場面やことがら、自傷行為の有無等についてお書きください。
③ 生活上の配慮事項について	※生活リズムの崩れやすさ、睡眠状況(不眠)、通院の中断、怠業、疲労感、感情コントロール、うつ状態、人間関係(家族関係含)等をお書きください。

○地域における支援機関

※職業訓練期間中並びに修了後に、貴機関と共に社会生活面での支援をお願いできる機関がございましたら、その機関名と支援内容をお書きください。

例：相談支援事業者・保健所・医療機関(デイケア)・就労移行支援事業者等・就労支援機関・その他

名 称	支 援 内 容

※支援機関の方が記載した内容について、ご本人が内容を確認してから自署してください。

氏 名 (自署) ⑩

※個人情報については、「神奈川県個人情報保護条例」により取り扱い、入校選考及び訓練を実施する目的以外に使用することは一切ありません。