

※このシートは、就労相談を円滑に進めるためのもので、シートの提出や記入を強制するものではなく、すべての項目を記入されなくても結構です。シートの使用に当たっては、プライバシーの保護に十分配慮し、就労支援以外の目的には一切使用されることはありません。また、記入された内容は、本人の了解なしには、事業主等へは提供されません。

難病相談支援センターに相談される方はこちらへ。
電話
096-331-0555

氏名 (フリガナ) 漢字		性別	男・女	連絡先	電話	
年齢	歳	生年月日	大 昭 平 正 和 成		FAX	
現住所	〒 □□□-□□□□				携帯	
				配偶者	有 無	
				扶養家族	人	

現在の生活環境について 在職中／休職中（傷病手当：無、有） / 無職【 定年、 退職（失業保険：無、有）】

1. 経験した主な仕事

職 種	就業期間	仕事の内容	離職理由（こんな支援、職場の配慮があれば続けられたと思うことを含む）
最終	年 月～ 年 月		
その他	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		

2. 病気について

病 名①		病 名②	
発症時年齢又は認定時年齢	歳 病 歴 年	発症時年齢又は認定時年齢	歳 病 歴 年
指定難病受給者証	有り ・ 無	指定難病受給者証	有り ・ 無
障害者手帳の有無	有り 身体障害・知的・精神（ 級）・ 無	事業所へ病気を伝えることについて、ためらいが	ある ・ ない

3. 仕事をする上で配慮が必要な事

例) ・週に一度通院があるので理解してほしい。 ・トイレに行く回数が多いことを理解してほしい。 ・ウォシュレット付きの洋式トイレがあれば助かる。 ・排泄不安があるため外回りの仕事は不安。 ・平日の通院が必要なので、土日の勤務でかまわない。 ・立ち仕事は体力が続かないため、座り仕事を希望。 ・定期的に休憩時間がほしい。 など	※現在の通院状況や服薬の状況について 通院の有無 : 有 (週・月・年 回)、無 服薬の有無 : 有 (回/日)、無
--	---

4. 希望職種など	5. やりたいこと、できること、得意なことなど
勤務時間 など	
勤務可能日 (月・火・水・木・金・土・日)	
勤務可能時間 () 時間	
希望職種等	
その他	希望する条件などご自由にご記入ください