

この「難病者就労相談シート」は、難病患者の皆様が、職安（ハローワーク）等、労働関係相談窓口で就労に関して相談される際、スムーズに対応できるよう提示していただくものです。  
 シートの提出や記入を強制するものではありません。また、すべての項目を記入されなくても結構です。  
 御記入された内容は、本人の了解なしには、事業主等へは提供されません。

※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

職安等労働関係機関にご相談される前に、ぜひ熊本県難病相談支援センターへご相談ください。  
 就労相談シートの記入の仕方や、職安等へおつなぎします。  
 熊本県難病相談・支援センター  
 TEL 096-331-0555

氏名 (フリガナ) 漢字	熊本 太郎	性別	男・女	電話	096-000-0000
年齢	36歳	生年月日	大正 昭和 平成 48年 1月 5日生	FAX	096-000-0000
〒	816-0000	現住所	熊本市水前寺6丁目00-0	携帯	090-000-0000
				配偶者	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 〇〇運輸	年月~ 年月	荷物等の搬送	入院により退職となった 病気のことを隠していたので症状等の相談ができなかった
その他	年月~ 年月		

直近の就職の状況についてご記入ください。

ここで対象とする難病とは、特定疾患130疾患に限定はしません。症状が長期にわたり、又は継続する病気が対象となります。  
 ただし、利用できる制度等に違いがありますので詳しくは熊本県難病相談・支援センターまでお気軽にご相談ください。

2. 病気について

病 名①	潰瘍性大腸炎		病 名②	
発症時年齢又は認定時年齢	17 歳	病 歴	18 年	発症時年齢又は認定時年齢 歳 病 歴 年
制度利用上の疾患の区分	① 特定疾患医療受給者証 ② 特定疾患登録者証 上記1, 2を持っていない 分からない		制度利用上の疾患の区分	1 特定疾患医療受給者証 2 特定疾患登録者証 上記1, 2を持っていない 分からない
障害者手帳の有無	有り 身体障害 知的・精神(3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

病気が2つ以上ある方はそれぞれの病名をお書きください

今回の就職に際して、事業所へ病気を伝えることについてのお気持ちをお書きください

障害者手帳をお持ちの方は手帳の種類に〇をつけ、該当級もご記入ください。

例)の様に、仕事をする上で、必要な配慮について、ご本人の希望をご記入ください。

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

通院や服薬の状況をなるべく詳しくご記入ください。

ハローワーク等で求職活動する際にもポイントとなる項目です。できるだけ詳しくご記入ください。

4. 希望職種など

勤務時間など	勤務可能日(月・水・木・金・土・日)
	勤務可能時間(6~8)時間
希望職種等	〇〇職(できれば内勤を希望)
	希望する条件などご自由にご記入ください
その他	週1回半日程度の通院に、御配慮いただきたい。 など

5. やりたいこと、できること、得意なことなど

・現在、スキルアップのために〇〇資格を取得のために講座を受講中。  
 ・パソコンが得意。パソコンを使った仕事にもチャレンジしてみたい。  
 など

求職活動の際にアピールしたいことをご記入ください。

