**社会生活等状況確認書**

**受講希望者の現在の社会生活状況を一番把握されている方（※）が、できるだけ詳しく記入してください。**

**※記入者は、主治医または日常的に関わりのある支援機関の支援者（かかりつけ医療機関、学校、障害者職業ｾﾝﾀｰ、障害者就業・生活支援ｾﾝﾀｰ、就労移行支援事業所、就労継続Ａ型またはＢ型事業所等）です。**

千葉県立障害者テクノスクール校長　様

以下の者を受講希望者として紹介します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受講希望者氏名** |  | **生年月日** | **昭和・平成　　　年　　月　　日（　　　歳）** |

**◆応募資格（満たしているものにチェックを入れてください）◆**

**□　障害のある方で職業人として自立が見込まれる　　□　職業訓練に耐えることができると認められる**

**□　障害の症状が固定（安定）している　　　　　　　□　集団生活に適応できる**

**□　当該コースの技能習得に意欲がある　　　　　　　□　訓練受講に家族などの理解と協力が得られる**

**１．病気・障害について****（□には該当するものを、チェック（✔）を入れてください）**

|  |
| --- |
| **（１）病名等** |
| **・病名・障害名等：**  **・病の発生時期（　　　　　年　　月頃）**  **・その他、参考となる事項：** |
| **（２）通院状況** |
| **・通院頻度　　□（　　　）回／　週　・　月　・　年**  **・通院状況　　□ 定期的に通院している　 　□ 時々通院しないことがある**  **□ 不定期である （その理由：　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **（３）服薬管理** |
| **・服薬状況　　□ 怠薬・拒薬はなく自己管理できている　□ 周囲の声かけによる □ 時々飲み忘れがある**  **□ 怠薬・拒薬傾向にある　□　服薬は必要ない**  **・怠薬や拒薬時の具体的状況：** |

**２．障害の状態について****（□には該当するものを、チェック（✔）を入れてください）**

|  |
| --- |
| **（１）現在の状態（具体的な症状と程度）** |
|  |
| **（２）症状の安定度** |
| **・安定度　　　　　　□ 安定している（　　か月前から）　□ 時々不安定になる　　□ 不安定**  **・不安定になる理由：**  **・悪化時のサイン：**  **・悪化時の対処法：** |
| **（３）日常生活能力の程度** |
| **□ 社会生活は普通にできる。**  **□ 家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活上困難がある。**  **□ 家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助や保護が必要である**  **□ 身のまわりのことはかろうじてできるが、適当な援助や保護が必要である。**  **□ 身のまわりのことは全くできない** |

**３．生活面について**

裏面に続く

|  |
| --- |
| **生活リズムの安定性** |
| 「就寝・起床時間等の1日の過ごし方」「睡眠の状況」「食事を規則正しくとれているか」など |
|  |

**４．対人関係について**

|  |
| --- |
| **コミュニケーションの傾向** |
| 「挨拶や返事の可否」「言葉遣いや態度」「自分の気持ちを伝えられるか」「他人に対し配慮ができるか」「困った時に相談できるか」「集団生活の場面で周囲との関わり方」「支援機関職員との関係性」など |
|  |

**５．最近の活動状況**

|  |
| --- |
| **施設等への通所状況** |
| 「週何日、何時から何時まで就労、施設通所か」「遅刻・欠席の有無」「プログラム参加できているか」「自分で通所しているか」など |
|  |

**６．就労について（□には該当するものを、チェック（✔）を入れてください）**

|  |
| --- |
| **（１）本人の仕事に対する意欲等** |
| 「本人の働きたい理由、意欲」「希望職種・条件」「障害の開示・非開示の希望」など |
|  |
| **（２）労働能力の程度** |
| **・就労可能な具体的な就労場所**  **□ 通常勤務（１日８時間、週５日の就労可能）**  **□ 短時間勤務（１日　　時間、週　　日まで就労可能）**  **□ 福祉施設での軽作業等**  **□ その他の施設：**  **・その他の条件：** |
| **（３）就労に関する意見** |
| **現在の病状等の観点から、現時点において、職業訓練や求職活動を行うことについて**  **□　職業訓練や求職活動を行ってよいと考える（わかれば記載：左記の状態になって約　　　年　　　か月）**  **□　職業訓練や求職活動はもう少し回復してからが望ましいと考える**  **□　その他（具体的に）：** |

**７．その他**

|  |
| --- |
| **職業訓練にあたり参考となる事項** |
|  |

**記載日　令和　　年　　月　　日**

**医療機関または　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科名及び医師氏名**

**支援機関の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　または支援者の職名・氏名**

**所在地**

**電話番号**