

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、日常的に関りのある支援機関（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。支援機関がない場合に限り、訓練期間中継続して支援できる方（家族等）です。

千葉県立障害者高等技術専門校長 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 (署名又は記名押印)	⑤	記入年月日	令和 年 月 日
支援機関名・職名 (家族等の場合は空欄)		記入者氏名	⑤
		受講希望者との関係	
支援機関又は家族 等の連絡先	〒 —	電話 ()	—

◆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）◆

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 障害のある方で職業人として自立が見込まれる | <input type="checkbox"/> 職業訓練に耐えることができると認められる |
| <input type="checkbox"/> 障害の症状が固定（安定）している | <input type="checkbox"/> 集団生活に適応できる |
| <input type="checkbox"/> 当該コースの技能習得に意欲がある | <input type="checkbox"/> 訓練受講に家族などの理解と協力が得られる |

1. 生活面について

(1) 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
(2) 日常生活の自立性
「身の回りのこと（身だしなみ、入浴、食事等）が自立しているか」「どのような点で家族や福祉サービス等の周囲の支援が必要か」など

2. 病気・障害について

(1) 通院状況（□には該当するものを、チェックを入れてください）
・通院頻度 <input type="checkbox"/> ___週に ___回 <input type="checkbox"/> その他 ()
・通院状況 <input type="checkbox"/> 定期的に通院している <input type="checkbox"/> 時々通院しないことがある <input type="checkbox"/> 不定期である（その理由：)
・その他、参考となる事項：
(2) 服薬管理
・服薬状況 <input type="checkbox"/> 怠薬・拒薬はなく自己管理している <input type="checkbox"/> 周囲の声かけによる <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れがある <input type="checkbox"/> 怠薬・拒薬傾向にある
・怠薬や拒薬時の具体的状況：

裏面に続く

(3) 病状の安定性、症状悪化時の状況及び対処法

「病気や体調の自己管理の可否」「病状悪化前・悪化時にはどのようなサイン・症状があるか」「悪化時に自らSOSを出せるか」「悪化時の対処方法」「これまでの自傷行為、周囲とのトラブルやパニック症状（持続時間含む）等の有無・時期について」など

3. 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

4. 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」等

5. 仕事に対する意欲・動機

(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) 家族の方の就労への希望

「家族の方が本人にどのような就労をしてもらいたいかなど

6. その他

職業訓練にあたり参考となる事項