

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 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・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 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・通院頻度 <input type="checkbox"/>（ ）回／週 ・ 月 ・ 年 ・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 <li style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 不定期である（その理由： ） |
| (3) 服薬管理 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・服薬状況 <input type="checkbox"/> 怠薬・拒薬はなく自己管理できている <input type="checkbox"/> 周囲の声かけによる <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れがある <li style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 怠薬・拒薬傾向にある <input type="checkbox"/> 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 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・安定度 <input type="checkbox"/> 安定している（ か月前から） <input type="checkbox"/> 時々不安定になる <input type="checkbox"/> 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 |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 社会生活は普通にできる。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 身のまわりのことは全くできない |

裏面に続く

3. 生活面について

| |
|---|
| 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 <input type="checkbox"/> 通常勤務（1日8時間、週5日の就労可能） <input type="checkbox"/> 短時間勤務（1日 時間、週 日まで就労可能） <input type="checkbox"/> 福祉施設での軽作業等 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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
支援機関の名称

診療科名及び医師氏名
または支援者の職名・氏名

所在地
電話番号