

就労支援シート (2nd Step : 自立訓練施設へ)

基本情報

記入または○をつけてください。

1. 氏名 () 年齢 () 歳 性別 (男 女)
2. 病名 ()
3. 視機能 視力：右 () 左 ()
視野：右 () 左 ()
その他 ()
4. 身体障害者手帳 () 級 (視力 級、視野 級)
5. 文字処理方法 視覚 音声 点字 併用 ()
6. 移動方法 単独 (白杖 なし あり) 介助 盲導犬 同行支援
他 ()
7. 会社での支援の有無 (ある：具体的に ない)
8. 産業医との連携の有無 (ある：具体的に ない)
9. 個人情報
 - ①最終学歴 ()
 - ②職 歴 ()
 - ③最終職歴 () 職種 () 職位 ()
 - ④家族構成と家族歴 ()
 - ⑤自 宅 (持家 借家)
 - ⑥相談相手の有無 (ある：具体的に ない)
 - ⑦障害受容 (できている ほぼ 多少 できていない)
 - ⑧就労意欲 (ある 多少 ない)
 - ⑨情 緒 (安定 多少 不安定)
 - ⑩精 神 病 (うつ病 その他：)



視力や視野などの視機能データは身体障害者手帳に記載されている内容が必ずしも最新のものではありませんので、眼科からその情報を得ることをお勧めします。

そして、さらに必要な支援があれば、このシートのコピーを取ってその支援先に持たせてください。最終的には、自立訓練を行う施設で、職業訓練を開始していただきたいと思います。その後、より専門的な訓練が必要なら職業訓練施設に繋ぐこととなります (3rd Step)。

1st Step施設からの課題・アドバイス

1st Stepの施設は以下の欄に、貴施設での課題とアドバイスを記載してください。そして、必要と考えられる施設・機関に連携をとり、その下の欄に記載してもらってください。

眼科からの視機能評価は、どの施設・機関でも必要な情報ですので、まず眼科との連携をお勧めします。

このようにして、まとまったものを2nd Stepである自立訓練施設に伝えてください。

眼科からの課題とアドバイス

(年 月 日)

記載：所属 () 職種 () 氏名 ()

(病院リハ科 訓練施設 視覚特別支援学校 職場 点字図書館 ハローワーク 障害者就業・生活支援センター 地域障害者職業センター 就労移行支援事業所) からの課題とアドバイス (所属する機関に○印してください)

(年 月 日)

記載：所属 () 職種 () 氏名 ()

(病院リハ科 訓練施設 視覚特別支援学校 職場 点字図書館 ハローワーク 障害者就業・生活支援センター 地域障害者職業センター 就労移行支援事業所) からの課題とアドバイス (所属する機関に○印してください)

(年 月 日)

記載：所属 () 職種 () 氏名 ()