

ヒアリングシート

本人情報

フリガナ:

氏名: _____ / 性別: 男性 女性 他 / 生年月日: 西暦 _____ 年 月 日

障害: 身 知 精【 】級 / 特性:

確認項目	設 問	詳 細
医療機関	発 症	診断の時期 受診された理由
	通 院・服 薬	掛かりつけの病院と通院頻度・通院歴・服薬
	支 援 先	利用している支援機関と相談頻度 就職後の支援体制 支援機関以外の相談先・支援先
支援体制	支 援 先	利用している支援機関と相談頻度 就職後の支援体制 支援機関以外の相談先・支援先
	ス ト レ ス	ストレスを感じますか?(どのようなとき)
	自 覚	体調を崩した時の特徴(不眠、倦怠感など) それはどのような状況のときですか?
体調管理	自 覚	それはどのような状況のときですか?
	自 己 ケ ア 法	障害による特徴について 体調を回復させるための方法・ 普段から気を付けていること
適正業務	得 意 ・ 不 得 意	得意なこと・好きなこと(仕事) 不得意なこと・嫌いなこと(仕事) 不得意なこと(仕事)をどのようにして補いますか?
	退 職 理 由	退職理由 ※働いた経験のある方
	性 格 ・ 人 間 関 係	性格や人間関係について
	日 常 生 活	普段の生活で困ること、不安に感じること 周囲に求める理解と配慮
その他	日 常 生 活	普段の生活で困ること、不安に感じること 周囲に求める理解と配慮
総合所見		

*本紙の内容の一切について、無断転載、複写、引用等を禁じます。