

難病者就労支援シート

(山梨県難病相談・支援センター)

平成 年 月 日 現在

フリガナ			性別	男・女	生年 月日	S・H 年 月 日	年齢	歳	
氏名									
住所	〒					電話:			
						携帯:			
						FAX:			
現在の状況	在職中・休職中(傷病手当:有・無) 無職 (定年・退職【失業手当:有・無】その他()) 配偶者有・無 同居家族(人) 生計中心者: 本人・その他()								
疾患名	:発症 年 月(歳)				手帳・年金	特定疾患医療受給者証	有・無		
	:発症 年 月(歳)					障害者手帳(身体・精神・知)	有(級)・無		
	:発症 年 月(歳)					障害者年金受給	有(級)・無		
学歴	学校名	学部・課程等			就学期間		卒業・中退等		
					年 月 日～ 年 月 日迄		卒業・修了・中退・在学		
					年 月 日～ 年 月 日迄		卒業・修了・中退・在学		
最終 直近のものから記載	職歴		就業期間		仕事内容		離職理由		
			年 月 日～ 年 月 日迄						
			年 月 日～ 年 月 日迄						
			年 月 日～ 年 月 日迄						
			年 月 日～ 年 月 日迄						
			年 月 日～ 年 月 日迄						
資格									
就労に関する希望	勤務地	(通勤 分以内)							
	勤務時間	週 日 1日 時間	休日						
		(時 分 ～ 時 分)		・時間不問					
	雇用形態	正社員	パート	契約社員	その他:				
	職種								
	仕事上で配慮が必要なこと								
通院・服薬の状況等	通院: 無・有(週・月・年回)備考								
	服薬等治療: 無・有(回数/日)								
受療機関・主治医名									
医師の意見・アドバイス(就労・復職の条件等): 就労の可否 【可・条件付可・否】									
病気を職場に告知するか	告知する		告知しない				検討中		
相談したいこと:									

このシートの使用にあたっては、プライバシーの保護に十分配慮し、就労支援目的以外には一切使用致しません。