

チャレンジドオフィスなりた 本人情報シート

令和 年 月 日 現在

ふりがな			生年月日	性別	
氏名					
住所			自宅電話番号		
生年月日	昭和・平成	年	月	日	携帯電話番号
緊急連絡先	氏名	関係	電話番号		
成田市役所 までの経路 ・交通手段					
最終学歴	学校名	学科名		就学期間	
				年 月から 年 月まで	
障がいの内容	① 障害者手帳（有・無） 手帳の種類と等級		② 千葉障害者職業センターの重度判定 （ 有 ・ 無 ・ 判定を受けていない）		
健康状況	① 身長 cm		⑤ 服薬（ 有 ・ 無 ）		
	② 体重 kg		朝錠、昼錠、夜錠、眠錠		
	③ 既往症（有・無） 病名（ ）		薬の種類 （ ）		
	④ 喫煙の習慣（有・無） 飲酒の習慣（有・無）		⑥ 通院（ 有 ・ 無 ） 病名（ ） 通院間隔（ 月1回 ・ 月2回 ・ 月4回 ・ ）		
			⑦病院名（ ） 担当医		
所属機関等	機関名（学校名・施設名）			本書類の作成者名	
	所在地			連絡先	
障害基礎年金	受給無し ・ 受給有り （ 受給有りの場合等級 1級 ・ 2級 ）				
これまでの 簡単な支援経過					
障がい特性や 配慮する点等 (その他特記事項)					

