**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） | | 1. 千葉障害者職業センターの重度判定 | | | | | | | |
| 手帳の種類と等級 | | （　　有　　・　　無　　・　　判定を受けていない） | | | | | | | |
| 健康状況 | 1. 身長　　　　cm | | ⑤　服薬（　有　・　無　）  朝　　錠、昼　　錠、夜　　錠、眠　　錠 | | | | | | | |
| 1. 体重　　　　kg | |
| 1. 既往症（有　・　無）   病名（　　　　　　　　） | | 薬の種類  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 1. 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） |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |