様式 　　４

　(支援機関記入用紙）

支援機関相談票

* 現在利用している医療・福祉・就労などの支援機関の担当の方が記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 記入年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 支援機関名 |  | 担当者氏名 |  |
| 支援機関の連絡先 | 〒　　　-電話　　　　　　-　　　　　　- |
| 支援機関利用開始時期 | 　平成　・　令和　　　　　年　　　　月　　　　日　～ |

|  |
| --- |
| 障害の状態（病状・症状及びその安定性、体調が変化する時のサイン、体調が変化したときの対処法、必要な配慮事項などについて具体的に記入ください） |
| 直近６カ月間の活動状況（各種の訓練や職場実習・就職活動の取り組み状況、活動時間や活動の頻度などについて具体的に記入ください） |
| 生活の状況（睡眠、食事、服薬、生活リズムなどについて具体的に記入ください。また、生活支援を受けている場合は、その内容を記入ください） |