本人状況調査書（職域開発科）

氏　名		記入年月日	令和　　年　　月　　日

センターまでの通校手段について、該当するものをすべて〇で囲み、記入してください。

徒歩　・　自転車　・　電車　・　バス　・その他（　　）
センターまでの所要時間　片道　　分　　最寄駅　　線　　駅

公共職業訓練等の受講歴がある場合記入してください。

校名・科名			
訓練期間	平成・令和　　年　　月 ～　年　　月	修了・中退の別	

障害状況等について、該当する項目を〇で囲み、□には✔を入れ、その他記入してください。

傷 病 名			発症時期	先天 ・　　年　　月頃
経過と状況				
現在の通院先			診 療 科	
主 治 医			通院状況	月　・　週　　回程度
服薬状況	有　・　無	種類：		回数：朝・昼・夕・寝る前
		種類：		回数：朝・昼・夕・寝る前
		種類：		回数：朝・昼・夕・寝る前

治　療　歴	病院・施設名	診療科	状　況
年　　月～　　年　　月			入院・通院
年　　月～　　年　　月			入院・通院
年　　月～　　年　　月			入院・通院

てんかん	有　・　無	最近の発作（　　年　月）頻度（　　回／月）服薬（有・無）
障害種別	所持する手帳	手帳番号・級・交付（再交付）年月日等
□身体障害 □精神障害 □発達障害 □その他 (　　)	□精神保健福祉手帳	第　　号　　級　平成・令和　　年　　月　　日
	□身体障害者手帳	第　　号　　級　平成・令和　　年　　月　　日
	□手帳申請中	申請日　：　平成・令和　　年　　月　　日
	□診断書・意見書	発行日　：　平成・令和　　年　　月　　日

入校後通院治療を必要とする疾患、職業訓練に配慮を要する疾患、事柄等について記入してください。

個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」第五章「行政機関等の義務等」に基づき、適切に取り扱い、入校選考及び訓練実施上必要な目的以外に使用することは一切ありません。