

ひめじ若者サポートステーション登録用紙

No. _____

担当印

この登録シートは、今の状況を確認するもので、個人を評価するものではありませんので、率直にご記入ください。
 (※ご記入いただいた個人情報は、当ステーション「個人情報の取り扱いについて」に基づき取り扱います)

本人 家族 (父・母・兄弟姉妹) その他() 登録日:平成 29年 月 日

ふりがな		性別	男 女
お名前	(歳)	生年月日	(西暦) 年 月 日
住所	〒 -		
電話番号	郵送・相談・講座等で連絡する場合がございます、ご連絡可能な番号をお書きください。 自宅() - /携帯() -		

【これまでの経歴について】

学歴	高校	[高等学校]	在学中 中退 卒業
	大学等	[]	在学中 中退 卒業
		[]	在学中 中退 卒業
職歴	●正社員として働いたことが ある (主な仕事内容:) / ない		
	●正社員以外として働いたことが ある (主な仕事内容:) / ない		
	●求職活動の経験が ある/ない		
現在利用している支援機関	<input type="checkbox"/> ハローワーク () <input type="checkbox"/> その他就労支援機関 () <input type="checkbox"/> 職業訓練 () <input type="checkbox"/> ひきこもり支援センター等 ()		
資格			

【今の状況について】

直近の無業期間	なし(就労中) 半年未満 半年~1年 1年~2年 3年~5年 5年以上
疾病、障害	●発達障害の診断 あり/なし
	●精神疾患の診断 あり(うつ病・躁うつ病・社会不安障害・社会適応障害・パニック障害・強迫神経症・他() / なし
	●上記2項目に「あり」と答えた方で、主治医からの就労の許可は 出ている / 出していない / まだ話していない
	●他の健康上の課題 あり() / なし

※相談支援の利用に際して、別紙の利用規約の内容を了解いただいております。

《署名欄》

利用規約(別紙)について、内容を了承した上でひめじサポステを利用することに同意致します。

利用者名 _____ 平成 年 月 日

* 利用者が未成年の場合は保護者の方も署名をお願いいたします。

保護者名 _____ 平成 年 月 日

■アンケートにお答えください。

①サポステを知ったきっかけ

- ホームページ チラシ(どこで:) 以前利用していた
 親の勧め 親戚・知人の紹介
 (紹介者はサポステを何で知ったか:)
 ハローワーク 学校から(学校名:) 公的機関()
 マスコミ(TV ラジオ 新聞 その他のマスコミ())
 病院(病院:) 福祉施設(施設名:) その他()

※裏面もあります。

② 来所したことは、ご家族又は当事者はご存知ですか？ はい いいえ

③ 現在の経済困窮状況

生活保護を受給している（またはその予定がある）

生活保護などの支援は不要 不明 支援機関を利用（名称：_____）

④ 住居状況

親と同居（親の持家） 親と同居（賃貸） 一人暮らし（賃貸）

その他 不明

⑤ 暮らし向き

良い まあまあ 悪い（状況：_____）

⑥ 主な家計の支え手

【続柄】 父母／兄弟／その他親戚／その他／不明 【年齢】 父（ ）歳・母（ ）歳

【就業状態】 正社員／正社員以外／無職／不明

⑦ 現在の状況、不安に思っていることについて、当てはまるものに○をつけて下さい。

<input type="checkbox"/>	応募書類（履歴書や職務経歴書等）をまとめることができない （経歴や経験の説明をどうしたらいいのかわからない）
<input type="checkbox"/>	求職活動をしようと思っはいるが、どうすればよいかわからない
<input type="checkbox"/>	ハローワーク等に行っても、どの求人を選択したらいいかわからない
<input type="checkbox"/>	ハローワーク等に行って求人票を印刷しても、窓口相談までいけない
<input type="checkbox"/>	就職活動の失敗理由がわからない
<input type="checkbox"/>	職種や仕事内容に関する情報不足を感じる
<input type="checkbox"/>	ほとんど外出することがない
<input type="checkbox"/>	基礎学力（読み書き計算）に自信がない
<input type="checkbox"/>	夜、眠れない日が続いている
<input type="checkbox"/>	思ったことをすぐに口に出してしまう
<input type="checkbox"/>	就職活動をするだけの体力に自信がない
<input type="checkbox"/>	時間を守ることが苦手
<input type="checkbox"/>	生活リズムが不規則（昼夜逆転など）
<input type="checkbox"/>	集団に対する苦手意識がある
<input type="checkbox"/>	人の話や指示（これ、それ等）が理解できない
<input type="checkbox"/>	最近、声に張りがなくなってきた
<input type="checkbox"/>	相手を見て話すことが苦手
<input type="checkbox"/>	完璧主義でこだわりがあり、白黒つけないと気が済まない
<input type="checkbox"/>	働いている自分がイメージできない
<input type="checkbox"/>	自分で選択することが苦手
<input type="checkbox"/>	約束が守れなくて、よく注意される
<input type="checkbox"/>	片づけられない
<input type="checkbox"/>	その他（_____）

⑧ 学校での経験について、当てはまるものに○をつけて下さい。

<input type="checkbox"/>	不登校経験	<input type="checkbox"/>	いじめ
<input type="checkbox"/>	進級に関わる成績不振	<input type="checkbox"/>	他の問題

⑨ 職場での経験について、当てはまるものに○をつけて下さい。

<input type="checkbox"/>	職場のいじめ	<input type="checkbox"/>	職場での孤立
<input type="checkbox"/>	パワハラ	<input type="checkbox"/>	退職につながる失敗体験
<input type="checkbox"/>	セクハラ	<input type="checkbox"/>	就活での失敗体験
<input type="checkbox"/>	トラブルを起こした	<input type="checkbox"/>	他の問題