

障がいの状況調査票

記入日：令和 年 月 日

氏名

手帳記載事項情報

種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳（愛護手帳） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	交付・再発行日	年 月 日
交付機関名		交付番号	号
障がい名又は診断名等		級別	級
障がいの状況（現況と今後、治療の必要性（通院・服薬）など、なるべく詳細に記入してください）			

必要な配慮

- (1) 車椅子就業： 要・不要 ()
- (2) 人工透析： 有・無 ()
- (3) 電話応対： 可・不可 ()
- (4) 勤務時間配慮： 要・不要 ()
- (5) 通院： 有(月 回)・無 ()
- (6) 残業： 可・不可 ()
- (7) 通勤： 車(分)・車以外(手段と所要時間 分)
※ 勤務地を朝宮公園と仮定して記入してください。
- (8) 特殊装具等： 有()・無()
- (9) その他の配慮：()

要望や質問（自由に記入してください）