

個人資料 <社会人>

令和 年 月 日

貴機関名		担当者名	
ふりがな		生年月日 S・H. 年 月 日生	
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(歳)	
本人の困り感			
生活面	身だしなみ <input type="checkbox"/> 服装等きちんとしている <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> その他 () 持ち物管理 <input type="checkbox"/> 管理できている <input type="checkbox"/> 忘れ物など多い <input type="checkbox"/> その他 () 時間管理等 <input type="checkbox"/> 管理できている <input type="checkbox"/> 遅刻など多い <input type="checkbox"/> その他 ()		
行動面	課題への取り組み <input type="checkbox"/> 真面目に取り組む <input type="checkbox"/> 集中できない <input type="checkbox"/> 取り組めないものがある <input type="checkbox"/> 期限内にできる <input type="checkbox"/> 期限を過ぎるが取り組む <input type="checkbox"/> 取り組めない <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 完成度が低い <input type="checkbox"/> ミスが多い () 性格 <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 受動的 <input type="checkbox"/> その他 () 感情 <input type="checkbox"/> コントロールできる <input type="checkbox"/> コントロールが苦手 <input type="checkbox"/> その他 () 環境 <input type="checkbox"/> 変化に強い <input type="checkbox"/> 変化を嫌う <input type="checkbox"/> その他 () その他 <input type="checkbox"/> 好奇心が旺盛だ <input type="checkbox"/> 自信が持てない・不安が強い <input type="checkbox"/> こだわりが強い		
対人面	人間関係 <input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> 非常に苦手 <input type="checkbox"/> 人との関わりがない 理解 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちを理解できる <input type="checkbox"/> 相手の気持ちを理解することが苦手 <input type="checkbox"/> 場面や状況に合った言動・行動ができる <input type="checkbox"/> 状況に合わない言動等が目立つ 表現 <input type="checkbox"/> 自分のことを話すことができる <input type="checkbox"/> 自分の気持ちを伝える事が苦手 <input type="checkbox"/> 困った時に自分からSOSを出せる <input type="checkbox"/> 会話が続かない <input type="checkbox"/> 暴言暴力がある		
感覚面	<input type="checkbox"/> 姿勢が崩れることが多い <input type="checkbox"/> よくぶつかる・怪我が多い <input type="checkbox"/> 交通事故をよく起こす <input type="checkbox"/> 声の大きさが不適切 <input type="checkbox"/> 人との距離が不適切 <input type="checkbox"/> モノの扱いが乱暴 <input type="checkbox"/> 何でも触ろうとする <input type="checkbox"/> 全体的に不器用 <input type="checkbox"/> 手先が不器用 <input type="checkbox"/> 感覚過敏がある (<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 触覚 <input type="checkbox"/> 味覚 <input type="checkbox"/> 他) <input type="checkbox"/> 痛さ・寒さなど感覚が鈍い ()		
その他	出勤など <input type="checkbox"/> 休まない <input type="checkbox"/> 休みが多い (<input type="checkbox"/> 欠勤 <input type="checkbox"/> 遅刻 <input type="checkbox"/> 早退 <input type="checkbox"/> 他) 体調等 <input type="checkbox"/> 体調が崩れやすい <input type="checkbox"/> 気持ちが不安定になりやすい 自己理解 <input type="checkbox"/> 困り感に自分で気付いている <input type="checkbox"/> 少し理解 <input type="checkbox"/> ほとんど理解していない 家族 <input type="checkbox"/> 本人の状態をよく理解している <input type="checkbox"/> 少し理解 <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 () 外部機関の利用 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		
備考	※そのほかお気づきのことや相談内容などをお書きください。		