

※差し支えない範囲でご記入ください

就労  
相談票

管理番号	相談担当者			記入日
	<input type="checkbox"/> 病院の相談員	<input type="checkbox"/> ハローワーク	<input type="checkbox"/> 産保センター	年 月 日

名前	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 -	電話番号
患者番号	病名	

○現在の仕事の状況

<input type="checkbox"/> 在職中 1.事業場名： または 3.事業内容： <input type="checkbox"/> 休職中 5.勤務時間： 時間 7.復職予定： 頃 <input type="checkbox"/> 失業中 1.以前の業種： 3.雇用形態：（ 正社員 ・ 正社員以外 ）	2.業種： 4.雇用形態：（ 正社員 ・ 正社員以外 ） 6.離職予定： 頃 8.産業医：（ いる ・ いない ・ 不明 ） 2.事業内容： 4.離職時期： 頃 <input type="checkbox"/> 自営 事業内容：
--	--

○相談の希望について

ハローワーク福井の就職支援ナビゲーター希望（※治療の必要があるけど働きたい、雇用保険について教えてほしい など）

産保センターの両立支援促進員希望（※治療と仕事の両立に関する様々な相談、職場復帰後のこと など）

○就労について、あてはまる項目全てにチェックをしてください。

1.治療の状況について

治療継続中（通院頻度 ) 例：月1回程度

経過観察中（通院頻度 ) 例：半年に1回程度

その他 ( )

2.就職・復職時期の希望について

いますぐ働きたい

今は情報を収集し、いずれ働きたい（ 転職したい ）

その他 ( )

3.就労条件の希望について

職種 ( )

就労時間 ( )

通勤（手段や地域 など）  
( )

その他 ( )

4.現在の収入状況について

失業保険を受給している

傷病手当を受給している

障害年金を受給している

その他 ( )

5.ハローワークの利用について教えてください

既に利用している

今後、利用を希望する

利用を希望しない

6.当院の就労支援を知ったきっかけ

友人・知人・家族に聞いた     院内スタッフに聞いた     チラシを見た     ホームページを見た

○同意欄

※私の個人情報、職業相談の為に必要となる範囲で、福井県済生会病院と、ハローワーク、産業保健総合支援センターで相互利用されることについて、同意いたします。

年 月 日 (氏名)

**フォローアップ状況**

<input type="checkbox"/> 復職（備考） 年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職（就職先） 年 月 日	<input type="checkbox"/> 支援終了（理由） 年 月 日
[ ]	[ ]	[ ]