

# 障害について職場で知っておいて欲しいこと

はじめに

障害があることにより、職場で配慮が必要な場合があります。

職場で配慮を必要とする場合は、周りの職員の障害への理解と協力が大切です。この調査票は、障害について職場での理解と協力を促す目的で作成しています。職場において配慮が必要な場合は、この調査票に、自身の障害について記入のうえ、所属長（職場の上司）へ提出ください。また、内容に変更等あればその都度申し出てください。

（任意での記入になりますので、すべて記入する必要はありません。）

※記入についてわからないことがあれば、職場の職員に聞いてみてください。

所属	氏名	記入日
----	----	-----

障害について	障害名（できれば病名も記入ください）
	障害者手帳を取得していますか。（有 ・ 無）
	「できること」や「できないこと」など障害について記入ください。
	障害について定期的に医療機関に通っていますか。（有 ・ 無） 病院名
就労について	これまで就労経験がありますか。（有 ・ 無）
	就労支援を支援機関などで受けたことはありますか。（有 ・ 無）
	今の仕事で得意なことは何ですか。
	今の仕事で障害を理由として、できないことは何ですか。

<p>体調について</p>	<p>働くなかで、体調面で不安なことはありますか。（有 ・ 無 ）          （よくある体調不良に○をつけてください。複数選択可能）          頭痛・腰痛・肩痛・腹痛・めまい・息切れ・動機・不整脈・不眠・体が重い・その他（ ）</p> <p>（どんな不安か具体的に記載ください）</p>												
<p>配慮事項について</p>	<p>職場でこういった配慮が必要ですか。または希望しますか。          （具体的に記載ください）</p>												
<p>緊急時の対応について          ※職場で緊急的な対応をしなければならぬ可能性があれば記入ください。</p>	<p>緊急時どこに連絡したら良いですか。          連絡先①</p> <table border="1" data-bbox="523 734 1425 887"> <tr> <td>名前</td> <td>（続柄）</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td></td> </tr> </table> <p>連絡先②</p> <table border="1" data-bbox="523 936 1425 1088"> <tr> <td>名前</td> <td>（続柄）</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td></td> </tr> </table> <p>医療機関に連絡が必要な場合</p> <table border="1" data-bbox="523 1133 1425 1285"> <tr> <td>病院名</td> <td>（主治医）</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td></td> </tr> </table>	名前	（続柄）	連絡先		名前	（続柄）	連絡先		病院名	（主治医）	連絡先	
名前	（続柄）												
連絡先													
名前	（続柄）												
連絡先													
病院名	（主治医）												
連絡先													
<p>職員への周知について</p>	<p>職場の職員にこれらの情報を伝えてもよいですか。          （伝えても良い場合は下の項目に○をつけてください。複数選択可能。）</p> <p>所属長・直属の上司・同じ係の職員・課全体・その他（ ）</p> <p>伝えても良い情報はどれですか（○をつけてください。複数選択可能。）</p> <p>すべての情報          一部          [ 障害について ・ 就労について ・ 体調について          配慮事項について ・ 緊急連絡先について ]          その他（ ）</p>												
<p>その他</p>	<p>職場に知ってほしいことや上司に知っておいて欲しいことなどを記入ください。</p>												

## 障害について職場で知っておいて欲しいこと

はじめに

障害があることにより、職場で配慮が必要な場合があります。

職場で配慮を必要とする場合は、周りの職員の障害への理解と協力が大切です。この調査票は、障害について職場での理解と協力を促す目的に作成しています。職場において配慮が必要な場合は、この調査票に、自身の障害について記入のうえ、所属長（職場の上司）へ提出ください。また、内容に変更等あればその都度申し出てください。

（任意での記入になりますので、すべて記入する必要はありません。）

※記入についてわからないことがあれば、職場の職員に聞いてみてください。

※記入についてわからないことがあれば、職場の職員に聞いてみてください。

所属	●●課	氏名	豊中 良夫	記入日	平成27年1月15日
----	-----	----	-------	-----	------------

障害について	障害名（できれば病名も記載してください） <b>脳性麻痺</b>
	障害者手帳を取得していますか。（有・無） <b>身体障害者手帳 平成15年2月取得 2級</b>
	「できること」や「できないこと」など障害について記載ください。 <b>座っての作業はできるが立っての作業ができない</b>
	障害について定期的に医療機関に通っていますか。（有・無） <b>月1回定期的に受診</b>
	病院名 <b>市立豊中病院 小児科</b>
就労について	これまで就労経験がありますか。（有・無） <b>コールセンターでのアルバイト</b>
	就労支援を支援機関などで受けたことはありますか。（有・無） <b>豊中市就業・生活支援センターで就労支援</b>
	今の仕事で得意なことは何ですか。 <b>パソコン作業（座っての作業が良いです）</b>
	今の仕事で障害を理由として、できないことは何ですか。 <b>他部署へ物を持って行くなどの移動を伴う業務（車いすなので）</b>

<p>体調について</p>	<p>働くなかで、体調面で不安なことはありますか。( <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 )  (よくある体調不良に○をつけてください。複数選択可能)  頭痛・腰痛・肩痛・<input checked="" type="radio"/> 腹痛・めまい・息切れ・動機・不整脈・不眠・体が重い・その他( )</p> <p>(どんな不安か具体的に記入ください)  <b>長時間車いすに座っていると腰が痛くなります。また、トイレに近いことも不安のひとつです。</b></p>																		
<p>配慮事項について <small>はいりよじことう</small></p>	<p>職場でこういった配慮が必要ですか。または希望しますか。  (具体的に記入ください)  <b>車いすを利用しているので、通路の確保とトイレへの移乗に時間がかかるためトイレ時間が長いことも理解してほしい。</b>  <b>また、通勤についても障害があるため、公共の交通機関ではなく車での通勤を希望します。</b></p>																		
<p>緊急時の対応について  ※職場で緊急的な対応をし  なければならない可能性が  あれば記入ください。 <small>かのうせい</small></p>	<p>緊急時どこに連絡したら良いですか。</p> <p>連絡先①</p> <table border="1" data-bbox="523 817 1425 965"> <tr> <td>名前</td> <td>豊中 良吉</td> <td>(続柄 父)</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td colspan="2">×××-×××-×××</td> </tr> </table> <p>連絡先②</p> <table border="1" data-bbox="523 1016 1425 1164"> <tr> <td>名前</td> <td>豊中 良子</td> <td>(続柄 母)</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td colspan="2">×××-×××-×××</td> </tr> </table> <p>医療機関に連絡が必要な場合</p> <table border="1" data-bbox="523 1216 1425 1384"> <tr> <td>病院名</td> <td>市立豊中病院</td> <td>(主治医 マチカネ医師)</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td colspan="2">×××-×××-×××</td> </tr> </table>	名前	豊中 良吉	(続柄 父)	連絡先	×××-×××-×××		名前	豊中 良子	(続柄 母)	連絡先	×××-×××-×××		病院名	市立豊中病院	(主治医 マチカネ医師)	連絡先	×××-×××-×××	
名前	豊中 良吉	(続柄 父)																	
連絡先	×××-×××-×××																		
名前	豊中 良子	(続柄 母)																	
連絡先	×××-×××-×××																		
病院名	市立豊中病院	(主治医 マチカネ医師)																	
連絡先	×××-×××-×××																		
<p>職員への周知について <small>しゅうち</small></p>	<p>職場の職員にこれらの情報を伝えてもよいですか。  (伝えても良い場合は下の項目に○をつけてください。複数選択可能。)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 所属長 <input checked="" type="checkbox"/> 直属の上司 <input checked="" type="checkbox"/> 同じ係の職員 <input checked="" type="checkbox"/> 課全体 その他( )</p> <p>伝えても良い情報はどれですか(○をつけてください。複数選択可能。)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> すべての情報  <input type="checkbox"/> 一部</p> <p>[ 障害について ・ 就労について ・ 体調について  配慮事項について ・ 緊急連絡先について ]</p> <p>その他( )</p>																		
<p>その他</p>	<p>職場に知ってほしいことや上司に知っておいて欲しいことなどを記入ください。  <b>足以外にも、脳性麻痺があるために体に過度に緊張が走ることや、長く指や手を使うと体の別の部分が痛むことがあります。</b></p>																		