

5. 成人期(目次)

- 5-1. マイシート(成人期)
- 5-2. 相談機関一覧(成人期)
- 5-3. 相談記録(成人期)
- 5-4. これまでの職務経験
- 5-5. 福祉サービス利用一覧(成人期)
- 5-6. サポートマップ(成人期)

記入日： 年 月 日

5-1. マイシート (成人期)

| | | |
|---------------------------|-----------------|--|
| 氏名: | | |
| 自分の強み | | |
| 苦手 | | |
| 好きなこと 興味、関心のあること 趣味 | | |
| 生活の中心 | 楽しみ(余暇) | |
| | 仕事 (お金を稼ぐ方法) | |
| ストレス | どんな時に感じるか | |
| | 対処法 | |
| | どんな時にリラックスするか | |
| | リラックスの方法 | |
| 困った時の相談相手 | | |
| 診断名 | | |

裏面へ続きます。

自分に当てはまると思う項目に☑をつけて下さい(支援者と一緒に考えましょう)。

| |
|--|
| 対人・コミュニケーション特性 |
| <input type="checkbox"/> 人と目を合わせるのが苦手 |
| <input type="checkbox"/> 思っていることを口に出してしまう(無意識に人を責めるような) |
| <input type="checkbox"/> はじめての人に会うのが苦手 |
| <input type="checkbox"/> はっきりと話すのが苦手 |
| <input type="checkbox"/> グループディスカッションは苦手 |
| <input type="checkbox"/> 言葉(口頭)だけで伝えられたことを理解できなかつたり勘ちがいをしたりすることがある |
| <input type="checkbox"/> その他() |
| 作業関係特性 |
| <input type="checkbox"/> 集中力がなくすぐに気が散ってしまう |
| <input type="checkbox"/> 自分で判断してものごとを選択するのが難しい |
| <input type="checkbox"/> 作業をするのが遅い |
| <input type="checkbox"/> 手先を使った細かい作業が苦手 |
| <input type="checkbox"/> 優先順位をどのようにつけたらよいのかわからない |
| <input type="checkbox"/> 次々とさまざまな仕事をするのが苦手 |
| <input type="checkbox"/> 仕事を中断されると集中するのが難しい |
| <input type="checkbox"/> 時間の管理が難しい |
| <input type="checkbox"/> 同時並行でものごとを処理することが難しい |
| <input type="checkbox"/> その他() |
| 感覚・感情特性 |
| <input type="checkbox"/> 音やにおい周囲の動きなどによって集中力がなくなる |
| <input type="checkbox"/> どのように対応してよいかわからない状況では衝動的に行動することがある |
| <input type="checkbox"/> 感情のコントロールが難しく、フラストレーションや怒りがでてしまう |
| <input type="checkbox"/> 不安が強い |
| <input type="checkbox"/> その他() |
| 自分でおこなっている対処法 |
| |
| 今までに受けた支援でよかったこと(合理的配慮) |
| |

氏名:

5-3. 相談記録（成人期）

| | | | |
|------|---|----------|---|
| 機関名 | 岡山市発達障害者支援センター | | |
| 相談日 | RO年O月O日 | 担当者 | OOOO |
| 相談内容 | <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 家族関係 <input checked="" type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> 制度 <input type="checkbox"/> その他() アパートの隣の人の音がうるさい。 | 助言、アドバイス | ノイズキャンセリングイヤホンを使う。 どこか出かけて外で時間の過ごせる場所を作る(OO図書館、OO公園、OOのイートイン)。 |
| 機関名 | | | |
| 相談日 | | 担当者 | |
| 相談内容 | <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> 制度 <input type="checkbox"/> その他() | 助言、アドバイス | |
| 機関名 | | | |
| 相談日 | | 担当者 | |
| 相談内容 | <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> 制度 <input type="checkbox"/> その他() | 助言、アドバイス | |

氏名:

■相談記録（成人期）

| | | | |
|------|--|----------|--|
| 機関名 | | | |
| 相談日 | | 担当者 | |
| 相談内容 | <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> 制度 <input type="checkbox"/> その他() | 助言、アドバイス | |
| 機関名 | | | |
| 相談日 | | 担当者 | |
| 相談内容 | <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> 制度 <input type="checkbox"/> その他() | 助言、アドバイス | |
| 機関名 | | | |
| 相談日 | | 担当者 | |
| 相談内容 | <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> 制度 <input type="checkbox"/> その他() | 助言、アドバイス | |

5-4. これまでの職務経歴

氏名:

| 在職期間 | 会社・事業所名 | 雇用形態 |
|-----------------|---------|---|
| 年 月 日～ 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> 障害者雇用 |
| 年 月 日～ 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> 障害者雇用 |
| 年 月 日～ 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> 障害者雇用 |
| 年 月 日～ 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> 障害者雇用 |
| 年 月 日～ 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> 障害者雇用 |
| 年 月 日～ 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> 障害者雇用 |

<メモ欄>

| |
|--|
| |
|--|

5-6. サポートマップ (成人期)

■わたしのサポートマップ（記入例）

氏名：

記入日： 年 月 日（ 歳）

現在、関わっている支援者を書きましょう。（医療機関、保健センター、保育園、学校、事業所、相談機関、職場、家族など）



