

申込みの留意点、申請書等の記入方法

(R8年4月改訂版)

Email: s-fukushi@city-kirishima.jp

申込日： R 年 月 日

巡回支援専門員 派遣申請書

標記の件につきまして、
次の通り申し込みます。

園(クラブ)名： _____
電話番号： _____
メール： _____
連絡担当者名： (職名) _____

派遣日時

年月日	令和 年 月 日 ()
-----	--------------

スケジュール (ご希望のおおよその時間をお書きください)

(当日)打合せ	： ～ ；
観察	： ～ ；
助言・協議	： ～ ；
(面談 1)	： ～ ；
(面談 2)	： ～ ；

クラス数 対象児数

5歳児 (年長)	クラス、 名
4歳児 (年中)	クラス、 名
3歳児 (年少)	クラス、 名
2歳児	クラス、 名
1歳児	クラス、 名
学齡児	年生、 名

確認事項

今回の巡回支援について、何らかの形で園・クラブ等の全体に周知している、またはする予定ですか？ はい いいえ

「はい」の場合、保護者の同行についての連絡があった際には、その旨も併せて周知をお願いします。

対象児は、療育・リハビリ等の他機関の利用はありませんか？ はい いいえ

その他、全体的なことについてのご希望・ご質問等がありましたら、ご記入ください。

< 派遣申請書 >

- ・ 電話による日程の調整(仮予約)後、できるだけ早めに派遣申請書をお送りください。
- ・ この申請書を市が受理することによって、予約の確定となります。
- ・ 申請書は提出された順に受付となるため、他の施設から先に申請書が提出された場合は、仮予約された日程での対応ができないことがあります。

- ※ 1回の観察人数は、2～3人が理想的です。また、クラス数は1～2クラスとします。人数、クラス数のいずれかが、これ以上多い場合は、複数日の予約をお願いします。
- ※ 観察時間は、人数・クラス数にもよりますが、おおむね 1時間～1時間30分程度になります。給食時間を観察希望の場合などは適宜、開始時間の調整をお願いします。
- ※ 当日の活動や流れなどの打合せのための時間を若干取ってください。
- ※ 観察が終わりましたら、観察の報告や、助言・協議の時間を取ってください。(主任・主幹等の参加があると助かります。)
- ※ 面談につきましては、1日2枠までとします。

< 情報提供書(観察用) >

- ・ 巡回支援日の 2 日前までには必ず、この情報提供書 (観察用) を お送りください。

- ※ この巡回支援は、保護者の同意がなくても受け付けることとしていますが、その場合は、特に個人が特定されるような情報は、この用紙に記入しないでください。

- ※ 必ず全ての欄に記入してください。
✓(チェック)等も忘れずに記入してください。

- ※ 観察予定の全てのお子さんに必要です。また、この情報提供書のないお子さんについては、巡回支援当日に依頼されても受け付けられません。

(R8年4月改訂版)

Email: s-fukushi@city-kirishima.jp

送付日： R 年 月 日

巡回支援専門員 情報提供書 (観察用)

園(クラブ)名： _____

巡回日： R 年 月 日 () (枚目 / 枚中)

お子さんの情報等 (個人情報に留意の上、ご記入下さい。)

基本情報	イニシャル： _____	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢： 歳 () 月生まれ
確認事項	◎ 対象児の保護者に対し、巡回支援を受けることを個別に伝えている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
お母さんのお子さんの様子			
これまで巡回支援を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」の場合、その時の動向に対する取り組み内容や児の変化なども書いて下さい。)		
お母さんのお子さんの様子			

Email: s-fukushi@city-kirishima.jp

(R8年4月改訂版)

送付日: R 年 月 日

巡回支援専門員 情報提供書 (面談用)

園(クラブ)名: _____

巡回日: R 年 月 日 () 1 (枚目 / 枚中)
 2

お子さんの情報等

(ふりがな) 対象児童名:	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日: <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> R
出席保護者名: (続柄:)	現在: 歳 カ月 (年生)	(続柄:)
確認事項	◎ このシート(個人情報)の提供について、保護者に同意を取りました <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 注) 面談に保健師が同席したい旨の連絡があった場合、必ず保護者に確認を取ってください	
☆ 保護者が疑問に思っていること、聞いてみたいこと、不安に思っていること など		
☆ その他、巡回支援専門員への要望等がありますか？		
(前回の観察後、あらためて面談が設定された場合) ☆ 前回のお子さんの様子から変化している点や、気になる様子はありますか？		

< 情報提供書(面談用) >

・巡回支援日(面談)の2日前までには必ず、この情報提供書(面談用)をお送りください。

・『巡回日』の横にある、1, 2の数字は、申請書の面談の欄にある順番を表しています。
該当する番号(順番)に『✓』をしてください。

※ 該当する全ての欄に記入してください。
✓(チェック)等も忘れずに記入してください。

※ 保健センターから面談への同席について連絡があった場合は、必ず保護者に確認してください。同意されたかどうか、その旨を保健センターに返信してください。

Email: s-fukushi@city-kirishima.jp

申込日 : R 年 月 日

巡回支援専門員 派遣申請書

標記の件につきまして、
次の通り申し込みます。

園(クラブ)名 : _____

電話番号 : _____

メール : _____

連絡担当者名 : (職名: _____)

派遣日時

年月日	令和 年 月 日 ()
-----	--------------

クラス数 対象児数

5歳児 (年長)	クラス、	名
4歳児 (年中)	クラス、	名
3歳児 (年少)	クラス、	名
2歳児	クラス、	名
1歳児	クラス、	名

スケジュール (ご希望のおおよその時間をお書きください)

(当日)打合せ	: ~ :
観察	: ~ :
助言・協議	: ~ :
(面談 1)	: ~ :
(面談 2)	: ~ :

学齢児	年生、	名
-----	-----	---

確認事項

今回の巡回支援について、何らかの形で園・クラブ等の全体に周知している、またはする予定ですか？ <small>『はい』の場合、保健師の同行についての連絡があった際には、その旨も併せて周知をお願いします。</small>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
対象児は、療育・リハビリ等の他機関の利用はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

その他、全体的なことについてのご希望・ご質問等がありましたら、ご記入ください。

Email: s-fukushi@city-kirishima.jp

送付日 : R 年 月 日

巡回支援専門員 情報提供書 (観察用)

園(クラブ)名 : _____

巡回日 : R 年 月 日 () (枚目 / 枚中)

お子さんの情報等 (個人情報に留意の上、ご記入下さい。)

基本情報	イニシャル:	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢: 歳 ()月生まれ
確認事項	◎ 対象児の保護者に対し、巡回支援を受けることを個別に伝えている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
お子さん になるの 様子 課題			
(子・保護者 に対する) これまでの 取り組み	これまでに巡回支援を受けたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」の場合、その時の助言に対する取り組み内容や児の変化なども書いて下さい。)		
不安・疑問・ 聞きたいこと 思っていること			

Email: s-fukushi@city-kirishima.jp

送付日 : R 年 月 日

巡回支援専門員 情報提供書 (面談用)

園(クラブ)名 : _____

巡回日 : R 年 月 日 () 1 (枚目 / 枚中)
 2

お子さんの情報等

(ふりがな)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	年	月	日
対象児童名		現在	歳	カ月	(年生)
出席保護者名	(続柄:)			(続柄:)		
確認事項	◎ このシート(個人情報)の提供について、保護者に同意を取りました <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 注) 面談に保健師が同席したい旨の連絡があった場合、必ず保護者に確認を取ってください					
☆ 保護者が疑問に思っていること、聞いてみたいこと、不安に思っていること など						
☆ その他、巡回支援専門員への要望等がありますか？						
(前回の観察後、あらためて面談が設定された場合) ☆ 前回のお子さんの様子から変化している点や、気になる様子はありますか？						