巡回の対象は、登園状況が安定している 3-6 歳で、
児童発達支援・県療育支援事業を利用していない
お子さんです

支援室ゆい記入欄

受付 No._____

受付・入力	巡回
／	／

R8年度 宮古島市巡回支援事業申込書（保護者用）

記入日:　　年　　月　　日

① 支援室ゆいが実施する巡回支援事業にて、施設内での集団保育観察を希望します
つきましては、以下のことに同意します。

・ 支援室ゆいから家庭保健課へ健診結果や生育歴、家族歴、既往歴、相談歴等を照会し、情報を取得すること。巡回後に家庭保健課へ巡回支援の報告をすること。
・ 発達や聞こえの確認のために、保育観察の際にお子さんに簡単なスクリーニングを実施すること、および巡回先の職員に質問票に回答してもらうこと。
・ 巡回支援にあたり、支援室ゆいと巡回先の園で児に関する情報や見立て、支援方法を共有すること。
・ こども未来課・児童家庭支援センター等の職員が巡回に同行する場合があること。その際は各機関から取得した情報を同行した機関と共有すること。

申込者氏名:　　連絡先:

児氏名(ふりがな):　　男 ・ 女　生年月日:　　年　　月　　日

施設名:　　(保育園 ・ 幼稚園 ・ こども園)

気になるところ:

② 巡回実施後、ゆいによる巡回の報告を希望しますか

希望する　・　希望しない・・・

理由を記入してください

巡回報告は基本的に園で、保護者・保育者・ゆいの三者で対面で行います。
巡回訪問を実施した後に、園を通じて日程調整をいたします。

ご記載ありがとうございました。この用紙はご所属の保育所・幼稚園・こども園にご提出ください。

発達障がい児(者)支援室ゆい
(宮古島市役所障がい福祉課内)
担当:清家(せいけ) ・ 熊谷(くまがい)
TEL:0980-73-1975