

大分県発達障がい者支援専門員 (スーパーバイザー)等派遣のご案内

スーパーバイザーが、保育所や事業所等を
訪問し、幅広い視点からアドバイスします！！
また、ペアレントメンター派遣も行っています。

こんなことができます！！

研修・講演の講師
発達障がいや、関わり方
について知りたい・・・
etc.

相談
親の会・保護者会で
アドバイスがほし
い・・・
etc.

スーパーバイズ
本人の様子を見て、
対応と一緒に考えて
ほしい・・・
etc.

ピアカウンセリング
同じ経験をした保護者と話
がしたい・・・
etc.

～ お 申 し 込 み 方 法 ～

派遣依頼者（保育園・事業所・親の会等）

①
申込み

④
報告

③
訪問・
専門的な助言等

大分県発達障がい者支援センターECOAL

②
依頼

発達障がい者支援専門員・ペアレントメンター

*裏面の「発達障がい者支援専門員等派遣申込書」にご記入の上、
下記の連絡先までFAXまたは郵送でご提出ください。

ご不明な点がございましたら、お問い合わせください

大分県発達障がい者支援センターECOAL(イコール)
〒879-7761
大分県大分市中戸次5628番地の1
TEL:097-578-6952 FAX:097-578-6953
E-mail:ecoal@moeginosato.net

発達障がい者支援専門員・ペアレントメンターの派遣について以下のとおり申し込みます。

記

申込者所属		申込者氏名	
所在地	〒	電話番号	
		FAX	
派遣希望場所		派遣希望日時	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分まで
派遣希望内容 (対象児・者の状態、 希望の講義内容等)			
希望する派遣	<input type="checkbox"/> 発達障がい者支援専門員 (SV) <input type="checkbox"/> ペアレントメンター		

○対象児・者が決定している場合は、下記の項目の情報提供が可能な範囲でご記入または✓をしてください。

対象児・者が複数居る場合は、お手数ですが申込書を人数分ご記入の上ご提出ください。

①対象児・者性別		③医療機関での診断	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (医療機関名：)
②対象児・者年齢	歳 ヶ月	④診断名等	

⑤対象児・者の対応について、その家族と申込者が共通の認識を持っている。(有 無)

⑥乳幼児検診等の結果 (有 無) ※この項目は、小学生以下の児童のみ記入してください。

有 にチェックをつけた方は、下記の項目に✓してください。

1歳6ヶ月健診 要経過観察の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	3歳健診 要経過観察の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他の健診 要経過観察の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
---------------------	--	------------------	--	--------------------	--

当てはまる下記の項目の□に✓してください。(複数可)

⑦対象児・者の 特性、困り等	<input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 言葉の発達 <input type="checkbox"/> 感覚過敏 <input type="checkbox"/> 育てにくい <input type="checkbox"/> 運動発達 <input type="checkbox"/> 多動・衝動性 <input type="checkbox"/> 過集中 <input type="checkbox"/> かんしゃく <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 生活習慣 <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> 学習 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 ()
⑧現在利用している施設等 (訓練等の実施含む)	<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小・中学校 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 大学・専門学校 <input type="checkbox"/> 児童発達支援事業 <input type="checkbox"/> 児童発達支援センター <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型・B型・移行) <input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> その他 ()
⑨本派遣事業以外に利用して いる 事業・支援等	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 特別支援コーディネーターの派遣・助言等 <input type="checkbox"/> 地域療育等支援 (□巡回相談 <input type="checkbox"/> 施設支援 <input type="checkbox"/> 訪問療育 <input type="checkbox"/> 外来保育) <input type="checkbox"/> その他 ()

【お問い合わせ先】

大分県発達障がい者支援センターECOAL (イコール)

〒879-7761 大分市中戸次5628番地の1

【TEL】097-578-6952 【FAX】097-578-6953 【E-mail】ecoal@moeginosato.net