

利用申込書(初回)

学校名		学校長名・印	印
住所	〒 -		
電話番号	- -	FAX番号	- -
担任氏名		コーディネーター氏名	
※1 訪問についての 担当者氏名	/		
対象児氏名	フリガナ 男・女	生年月日	年 月 日
学年	年 組	特別支援クラス	在籍の方は、クラス名をご記入ください。
診断名 (あり・なし)	診断ありの際はご記入ください。		
訪問希望日時	ご希望などございましたらご記入ください。(調整後、みなわより連絡致します。)		
	第1希望日	年 月 日 (: ~ :)	
	第2希望日	年 月 日 (: ~ :)	
訪問希望場所	(例)教室、体育館など		
内容 ※ □内に✓をご 記入ください。	<input type="checkbox"/> 行動観察・助言 <input type="checkbox"/> 個別の教育支援計画等への助言・アドバイス <input type="checkbox"/> 事例検討 <input type="checkbox"/> その他(
具体的な要望・ご希望などについて、出来るだけ詳しくご記入ください。			

※1 今回の学校訪問に関して、日程調整等でご連絡をさせていただき方をご記入ください。

- ・ご記入後は、郵送にて「熊本市発達障がい者支援センターみなわ」までご返送ください。
- ・申請は、この書類のみで構いません。鑑文等は不要です。

※みなわ記入欄※

実施日 年 月 日
(調整後、みなわより連絡致します。)

お問い合わせ先
熊本市発達障がい者支援センター みなわ
〒862-0971
熊本市中央区大江5丁目1番1号 ウェルパルクまもと2階
電話: 096-366-1919 fax: 096-366-1900

事前情報記入シート(児童・生徒用)No.1

記入年月日

年 月 日

記入者名:

先生

以下の項目は、訪問時の参考にさせていただきます。対象の生徒についてご記入をお願いします。

対象者名		学校名	(年)
利用クラス(通常学級 ・ 特別支援学級 ・ その他)			
※利用する割合は(通常学級 ・ 通級指導教室 ・ 特別支援学級) が多い。			
介助員(有 ・ 無)			
全校生徒数 (名)	通常学級(名)	特別支援学級(名)	

1. 授業参観について

①一人で参加できる授業

--

②一部一人で参加できる授業

--

③ティームティーチング等の支援があれば参加できる授業

--

④参加が難しい授業

--

2. 休み時間の過ごし方について

誰と()

何をして()

特記事項()

3. 以下の活動時の様子についてご記入をお願いします。

内容	配慮の必要	特記事項
授業準備	有 ・ 無	
集団活動への参加	有 ・ 無	
行事への参加	有 ・ 無	
移動(校内)	有 ・ 無	
移動(教室内)	有 ・ 無	
給食準備・片付け	有 ・ 無	
食事	有 ・ 無	
掃除	有 ・ 無	
登下校	有 ・ 無	

事前情報記入シート(児童・生徒用)No.2

4. 時間割について教えてください。休憩、掃除時間などについても教えてください。

時間	月	火	水	木	金

5. ご本人はどのような活動に興味・関心がありますか？

6. その他特記事項などありましたらご記入ください。

7. 特別支援教育支援体制にもとづく支援状況をお尋ねします。

①校内委員会による支援状況を教えてください。

②地区コーディネーター会議による支援状況を教えてください。

③巡回相談による支援状況を教えてください。

ご協力ありがとうございました。