

相談支援のお申し込み方法について

香川県発達障害者支援センター『アルプスかがわ』では、それぞれの地域で発達障がいの人たちとその家族に対する支援活動を実施している様々な機関（保育所・幼稚園・学校・福祉施設・医療機関・行政・そのほか）からの相談をお受けしています。お気軽にお申し込みいただければ幸いです。

申請いただくにあたって、以下を御一読ください。

< 相談支援の申し込み方法 >

2頁目の“相談支援申請書”は、所定の内容を記入もしくはチェックして、ファックスにて『アルプスかがわ』まで送信してください。担当者の方に、のちほど当方からお電話にて御連絡いたします。

3頁目の“個人資料”は、所定の内容を記入もしくはチェックして、特定記録郵便にてお送りください。

ファックス

087 (867) 0420

郵送宛先

〒761-8057 香川県高松市田村町1114

※) なお相談支援のケース数は、一回あたり1～2人とお考えください。ケース数が多くなると、検討に十分な時間が取れなくなる恐れがあります。

※) 相談支援について御不明な点は、お気軽にお問い合わせください。

電話番号

087 (866) 6001

香川県発達障害者支援センター『アルプスかがわ』宛
 Fax. 087-867-0420 (Tel. 087-866-6001)

相談支援申請書

標記の件について下記の通り申請します

貴機関名	
コーディネーター名	※) コーディネーターが不在の機関は それに代わる方のお名前をお願いします
住所等連絡先	(〒 -) 市・郡 町
	Tel. 087 () Fax. ()
	E-mail : @
依頼内容	<input type="checkbox"/> 困難ケースへの支援方法 (対応や環境調整など) に関する相談 <input type="checkbox"/> ケース会議などへの出席 <input type="checkbox"/> そのほか () ※ 貴機関内での支援体制の状況について御記入ください ・ ケース会議などを (<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない) ・ 個別支援計画等を (<input type="checkbox"/> 作成している <input type="checkbox"/> 作成していない)
希望日時	・ 第一希望 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ・ 第二希望 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ・ 第三希望 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
備考	

個人資料

貴機関名		支援担当者名	
ふりがな 名前	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日生	
		学年学級 年 組	
本人の困り感			
生活面	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> そのほか () 身支度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> そのほか () 片付け <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> そのほか () 食事 <input type="checkbox"/> 箸で食べる <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク使用 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> そのほか () 嗜好 <input type="checkbox"/> 量が少ない <input type="checkbox"/> かなり遅い <input type="checkbox"/> 偏食 ()		
行動面	課題への取り組み <input type="checkbox"/> 真面目 <input type="checkbox"/> 持続が困難 <input type="checkbox"/> 取り組めない () 集中 <input type="checkbox"/> 授業や作業に集中できる <input type="checkbox"/> 集中が持続しない <input type="checkbox"/> 離席が見られる 性格 <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 受動的 <input type="checkbox"/> そのほか () 感情 <input type="checkbox"/> コントロールできる <input type="checkbox"/> コントロールが苦手 <input type="checkbox"/> そのほか () 環境 <input type="checkbox"/> 変化に強い <input type="checkbox"/> 変化を嫌う <input type="checkbox"/> そのほか () その他 <input type="checkbox"/> 好奇心が旺盛だ <input type="checkbox"/> 自信が持てない <input type="checkbox"/> こだわりが強い		
対人面	友人 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 自分から友だちに声をかける <input type="checkbox"/> 同性・同年代の友人がいる <input type="checkbox"/> 同性・同年代の友人がいない <input type="checkbox"/> 休み時間など一人で過ごす <input type="checkbox"/> 部活動など授業外の活動に参加している 理解 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちを理解できる <input type="checkbox"/> 相手の気持ちを理解することが苦手 表現 <input type="checkbox"/> 自分のことを話すことができる <input type="checkbox"/> 困った時に自分からSOSを出せる <input type="checkbox"/> 自分の気持ちを伝えることが苦手 <input type="checkbox"/> 会話が続かない <input type="checkbox"/> 暴言暴力がある		
感覚面	<input type="checkbox"/> 姿勢が崩れることが多い <input type="checkbox"/> よく転ぶ <input type="checkbox"/> あちこちに体をぶつける <input type="checkbox"/> 高いところによく登る <input type="checkbox"/> 高いところを怖がる <input type="checkbox"/> 暗いところを怖がる <input type="checkbox"/> 不器用 <input type="checkbox"/> モノの扱いなどが乱暴 <input type="checkbox"/> 抱っこが大好き <input type="checkbox"/> 抱っこが嫌い <input type="checkbox"/> 感覚過敏がある (<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 触覚 <input type="checkbox"/> 味覚 <input type="checkbox"/>)		
そのほか	出欠 <input type="checkbox"/> 休まず通っている <input type="checkbox"/> 行き渋りがある <input type="checkbox"/> よく欠席する 保護者 <input type="checkbox"/> 本人の状態をよく理解している <input type="checkbox"/> 少し理解 <input type="checkbox"/> あまり理解していない 外部機関の利用 ()		
備考	※) そのほかお気づきのことや相談内容などをお書きください。		