連携に関する質問票・同意書

個別支援計画書『家族支援』『地域支援』に記載の通り、ぶりんぐあっぷでは、在籍されている保育所や幼稚園・小学校の先生方と連携し、お子様やご家族の支援について情報共有し、支援方法を一緒に考えることができます。

このサービスは、ご家族からご依頼と情報提供に関する同意があることを前提とし、連携や訪問の目的が明確であることが大切な要件となります。

以下のご質問にお答えいただいた上で、情報提供範囲等を確認し、ご承諾を得て実施の運びとなります。必要に応じて、内容に基づいて面談や聞き取りを行いたいと思いますので、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

在籍先の先生との面談内容や、具体的なやり取りについて教えてください。

お子様氏名・在籍先・学年・クラス

園長・校長先生名　　　　　　　　　　　　　　主に連携窓口となる方

担当・担任の先生名　　　　　　　　　　　　　連携先電話番号

電話連絡や訪問において期待されることはどのようなことですか。複数回答可。

□在籍先から要望されたので

□担当・担任の先生と顔の見える関係になってほしい

□在籍先での様子を見て発達支援の計画に役立ててほしい

□療育で行われている内容を伝えてほしい

□在籍先が困っているようなので、担当・担任の先生と支援方法について話し合ってほしい

□在籍先との信頼関係がなかなかうまく作れないので、取り計らって欲しい

□本人や家族の思いを伝えてほしい

□その他

障害福祉サービス事業所の併用がある方は、以下の質問にご回答ください。

併用先を記入してください

併用先事業所では、所属先との連携や訪問を実施していますか

□はい　□いいえ

はいと答えた方は、どのような形で実施されているかを記入してください。

連携先との間で共有可能な個人情報の範囲（ぶりんぐあっぷ担当者記入欄）

連携前面談・聞き取り（ぶりんぐあっぷ担当者記入欄）

形態：　　□関係機関連携Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ　　　□家族支援Ⅰ・Ⅱ（１・２・３・４・５）　　　□保育所等訪問支援

内容：　　□電話連絡　　　□直接訪問　　　□オンライン訪問　　□担当者会議開催　　□その他

頻度：　　□月に一度　　□2か月に一度　　□半年に一度　　□1年に一度　　□その他

通所給付決定

保護者名

上記内容により、在籍先との連携・訪問を希望し

必要な情報提供に同意します。

令和　　　年　　　月　　　日

お子様氏名