**【様式３】**

提 案 書

※必要に応じて行の追加を行ってください。

（１）相談支援（電話・来所相談）

|  |  |
| --- | --- |
| 相談の受付方法、支援までの流れ等について |  |

（２）健診フォロー

|  |  |
| --- | --- |
| 健診フォローの方法について |  |

（３）方針決定までの支援

|  |  |
| --- | --- |
| アセスメントについて |  |
| 支援計画について |  |
| 職員の資質の向上について |  |
| グループ活動について※取り入れている視点（行動療法、感覚統合療法、モンテッソリー療法等）について必ず記載してください。 |  |

（４）巡回相談、支援者支援

|  |  |
| --- | --- |
| 巡回相談について |  |
| 支援者支援について |  |

（５）保護者支援

|  |  |
| --- | --- |
| 年長児保護者向け勉強会について |  |

（６）就学支援

|  |  |
| --- | --- |
| 就学に向けての相談・検査について |  |

（７）情報共有、連携

|  |  |
| --- | --- |
| 市や保育園等の地域の関係機関との連携に対する考え方について |  |

（８）その他の事業（Dr.健診、託児）について特記事項がありましたら記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| Dr.健診 |  |
| 託児 |  |

（９）今後、どのような発達ルームにしていきたいか自由に記載してください。

|  |
| --- |
|  |