



サポートマップ

作成日：令和〇年〇月〇日 記入者：〇〇〇〇
見直し日： 年 月 日 記入者：

11歳 2ヶ月
5年 2組（あおぞら 学級）
氏名：旭川二郎

年度初めや関係機関変更時に見直しをしましょう。

保護者・家族

主な役割：生活リズムの安定
身辺自立・偏食の改善

関係機関名：〇〇療育センター

担当者：〇〇〇〇

電話番号：0166-〇〇-〇〇〇〇

主な役割：発達状況の確認

特性に合わせた対応の助言

関係機関名：〇〇スイミングスクール

担当者：〇〇〇〇

電話番号：0166-〇〇-〇〇〇〇

主な役割：体力の増強

本人

関係機関名：デイサービス〇〇

担当者：〇〇〇〇

電話番号：0166-〇〇-〇〇〇〇

主な役割：アトピー性皮膚炎の治療

関係機関名：〇〇歯科

担当者：〇〇〇〇

電話番号：0166-〇〇-〇〇〇〇

主な役割：虫歯の治療

（〇〇くんの対応を知っている。）

学校

学級担任：〇〇〇〇

コーディネーター：□□□□

主な役割：特性に配慮した思念による基礎学力の保障
家庭と連携した身辺自立と偏食の改善を目指した計画的な支援