



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ヵ月

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