すくらむ
あさひかわ

様式７

# サポートマップ

作 成 日：　令和４年　４月１５日　記入者：〇〇　〇〇
見直し日：　　年　　月　　日　記入者：

歳　　ヵ月
５年　２組（　　学級）
氏名：〇〇　〇〇

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

機 関 名：〇〇療育センター
担 当 者：
電話番号：
主な役割：発達の状態の確認
特性に合わせた対応の助言

機 関 名：〇〇スイミングクラブ
担 当 者：
電話番号：
主な役割：体力の増強

本人

機 関 名：〇〇小児科
担 当 者：
電話番号：
主な役割：アトピー性皮膚炎の治療

機 関 名：〇〇歯科
担 当 者：
電話番号：
主な役割：（〇〇くんの対応を知っている）

学校

学級担任：〇〇　〇〇
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ：□□　□□
主な役割：特性等に配慮した支援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