

③支援マップ

記入者 〇〇 〇〇 (保護者)
 (保護者・事業所職員・クラス担任等)

年 月 日 (7) 歳の状況

学校名	〇〇小学校	学年	〇	クラス	〇
-----	-------	----	---	-----	---

医療
 〇〇精神科病院
 〇〇Dr.
 TEL:XXX-XXX-XXX

教育
 〇〇小学校
 担任:〇〇
 TEL:XXX-XXX-XXX

行政
 和歌山県障害福祉課
 TEL:XXX-XXX-XXX

 〇〇市福祉課
 〇〇保健師
 TEL:XXX-XXX-XXX

福祉サービス
 放課後等デイサービス
 担当:〇〇
 TEL:XXX-XXX-XXX

相談機関
 相談支援事業所〇〇
 担当:〇〇
 TEL:XXX-XXX-XXX

家族
 父 TEL:XXX-XXX-XXX
 母 TEL:XXX-XXX-XXX

サークルなど

その他
 親しい友人
 〇〇 TEL:XXX-XXX-XXX
 〇〇 TEL:XXX-XXX-XXX

