

# 3 サポートマップ

記入年月日： 年 月 日  
(年齢 歳)



医療機関：

家族・友人：  
良く行き来する人

療育機関：

本人  
保護者

所属：園・学校名

相談機関：

預かり：

※ライフステージにあわせてシートをダウンロードしてください。