

本人のお名前

のサポートネットワーク ～成人期～

記入日 ____年__月__日

所属機関（就労先や通所先）

事業所名や施設名・支援員さん
一緒に作業したり、よく話したり
するひと

住まい

自宅やグループホーム・世話人さん



医療

かかりつけ医、専門医、在宅医療など

福祉の支援

日常生活や介護のヘルパーさん、外出支援など
福祉サービス

その他

ショートステイなど

相談

相談支援専門員やケースワーカー、事業所や市役所の相談できる
ひと、民生委員さん、成年後見人など

いつもの過ごし方

習い事・サークル、お友達、ご近所さん、町内会の方、よく行くお店やお気に入りの場所



家族

親や兄弟姉妹、親戚など