

## ☆☆あずける時に

子どもの名前		ニックネーム	
保護者の 緊急連絡先			
かかりつけ医		血液型	
アレルギー	なし・あり ( )		
食べ物の 好き嫌い	なし・あり ( )		

好きなこと

苦手なこと

長所

配慮して欲しいこと

短所

食事について

排泄について

更衣について



# ☆☆サポートマップ

年 月 日

機関名  
担当者  
TEL  
主な役割



機関名  
担当者  
TEL  
主な役割

機関名  
担当者  
TEL  
主な役割

機関名  
担当者  
TEL  
主な役割

