

ネットワーク（横のつながり）

シート4-⑰b

年 月 日 記入
年 月 日 追加・変更

青年・成人期
歳～

機関名（相談支援・医療・保健福祉）	担当者 担当医	連絡先 （電話番号等）
例) ●●病院	●●医師	☎042 - 000 - 0000

仲の良い友達	相談できるパパ友・ママ友等 祖父母・親戚
--------	-------------------------

（注）「仲の良い友達」、「相談できるパパ友・ママ友等」については、ご本人の承諾を得て記入しましょう。