

# 被災者健康相談票

相談日 年 月 日

No		担当者名	
種別	・面接→避難所名・居場所又は住所 ( ) ・TEL (電話番号: ) ・その他 ( )		
相談者氏名			
対象者	・本人 ・本人以外→氏名 ( ) (続柄: )		
※以下は、対象者の方についてご記入下さい。			
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳 男・女		
対象者属性	・乳幼児 ・妊婦 ・授乳婦 ・食物アレルギー ・高齢者 ・その他 ( )		
現病歴	・糖尿病 ・高血圧 ・腎臓病 ・その他 ( )		
現病歴の 治療状況	現在の服薬状況 ( 中断 ・ 継続 ) 薬品名 ( )		
これまでの 食事制限	食事制限 ( 有 ・ 無 ) 具体的な制限内容 ( )		
現在の 自覚症状	・発熱 ・吐き気 ・便秘 ・下痢 ・口腔内症状 ( ) ・歯に関する症状 ・義歯等の不具合 ・嚥下障害 ・その他 ( )		
現在の 食事内容	乳児の場合 ( 母乳 ・ 粉ミルク ・ 混合 ) 離乳食 ( 開始 ・ 未開始 )		
	子ども・成人・妊婦・授乳婦・高齢者の場合 (主食 ・ たんぱく質を多く含む食品 (肉、魚、卵、乳類等) ・ 野菜 ・ 果物) 具体的な食事内容 ( )		
	1日の食事回数 ( 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ その他 ( ) )		
	食欲 ( 有 ・ 無 )		
	水分摂取状況 ( ml)		
身体活動	( 1日座位、寝ていることが多い ・ 身体を動かしている )		
相談内容			
対応内容	指導 提供物資		
今後の 支援計画	( 解決 ・ 継続 ) 多職種との連携の必要性の有無 (職種名 内容 )		
自由記載欄			