

健康相談票(共通様式) 初回・( )回		方法 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他:		対象者 <input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 産婦 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> その他:		担当者(自治体名)			
		保管先				相談日 年 月 日		時間	
						場所			
基本的な状況	氏名(フリガナ)		性別	生年月日		年齢			
			男・女	T・S・H・R 年 月 日		歳			
	被災前住所		連絡先		避難場所				
	①現住所		連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外: <input type="checkbox"/> 車・ <input type="checkbox"/> テント・ <input type="checkbox"/> 避難所 避難所名:				
	②新住所		連絡先		家族状況				
	情報源、把握の契機/相談者がいる場合、本人との関係・連絡先				<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族問題あり				
	被災の状況				制度の利用状況				
家に帰れない理由 自宅倒壊・ライフライン不通・避難勧告・精神的要因(恐怖など) その他( )				・介護保険(介護度) ・身体障害者手帳(級) ・療育手帳(級) ・精神保健福祉手帳(級) ・その他					
身体的・精神的な状況	既往歴 <input type="checkbox"/> 高血圧、 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患、 <input type="checkbox"/> 高脂血症、 <input type="checkbox"/> 糖尿病、 <input type="checkbox"/> 心疾患、 <input type="checkbox"/> 肝疾患、 <input type="checkbox"/> 腎疾患、 <input type="checkbox"/> 精神疾患、 <input type="checkbox"/> 結核、 <input type="checkbox"/> 難病、 <input type="checkbox"/> アレルギー、 <input type="checkbox"/> その他:		現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> 高血圧、 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患、 <input type="checkbox"/> 高脂血症、 <input type="checkbox"/> 糖尿病、 <input type="checkbox"/> 心疾患、 <input type="checkbox"/> 肝疾患、 <input type="checkbox"/> 腎疾患、 <input type="checkbox"/> 精神疾患、 <input type="checkbox"/> 結核、 <input type="checkbox"/> 難病、 <input type="checkbox"/> アレルギー、 <input type="checkbox"/> その他:		内服薬 なし・あり(中断・継続) 内服薬名( )		医療機関名		
					医療器材・器具 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他:		被災前:		
					食事制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容: 水分:		被災後:		
					乳幼児栄養状況		血圧測定値 ① / ② /		
現在の状態(自覚症状ごとに発症時期・持続・転帰を記載)				具体的自覚症状(参考) ①頭痛・頭重②不眠③倦怠感④吐き気⑤めまい⑥動悸・息切れ⑦肩こり⑧目の症状⑨咽頭の症状⑩発熱⑪便秘/下痢⑫食欲⑬体重減少⑭精神運動減退/空虚感/不満足/決断力低下/焦燥感/ゆううつ/精神運動興奮/希望喪失/悲哀感⑮その他					
日常生活の状況	食事		保清	衣類の着脱	排泄	移動	意思疎通	判断力・記憶	その他
	自立								
	一部介助								
	全介助								
必要器具など									
個別相談活動	相談内容				支援内容				
					今後の支援方針 <input type="checkbox"/> 解決終了 <input type="checkbox"/> 継続				