

健康相談票		方法		対象者		担当者 (自治体名)		
初回	() 回	・面接 ・電話 ・その他	・訪問	乳児	幼児	相談日	年 月 日	
保管先	妊婦			産婦	高齢者		時間	
	障害者			その他 (場所			
基本的な状況	氏名 (フリガナ)		性別	生年月日		年齢		
			男・女	M・T・S・H 年 月 日		歳		
	被災前住所		連絡先		避難場所			
	①現住所		連絡先		自宅 自宅外:車・テント・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		独居・高齢者独居・高齢者のみ世帯 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		<ul style="list-style-type: none"> ・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	現在治療中の病気		内服薬				
	高血圧、脳血管疾患、高脂血症、糖尿病、心疾患、肝疾患、腎疾患、精神疾患、結核、難病、アレルギー、その他 ()	高血圧、高脂血症、糖尿病、心疾患、肝疾患、腎疾患、精神疾患、結核、難病、アレルギー、その他 ()		なし・あり(中断・継続) 内服薬名()				
				医療器材・器具		医療機関名		
				在宅酸素・人工透析 その他()		被災前: 被災後:		
				食事制限		血圧測定値		
			なし		最高血圧:			
			あり 内容()		最低血圧:			
			水分()					
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							
個別相談活動	備考 必要器具など							
	相談内容				支援内容			
					今後の支援方針 解決 継続			