

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		・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()							
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()									
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 あり 内容() 水分()		最高血圧： 最低血圧：				
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								
備考	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 解決 継続				