

場所（地区・避難所名）		No.
-------------	--	-----

※以下は健康相談票から転記すること

No.	名前（フリガナ）	性別	生年月日	年齢	対象者	既往歴	治療中の病気	食事制限 内容	健康相談 受診日	栄養相談 受診日	その他 引継ぎ等
1		男 女									
2		男 女									
3		男 女									
4		男 女									
5		男 女									
6		男 女									