

相談日		年	月	日	曜日	時頃
場所（地区・避難所名）						
担当者	所属					
	名前（職種）					

支援終了日
※支援が終了したら日付を記入すること

※健康相談票から予め転記する

フリガナ		性別	生年月日			
名前		男 女	M・T・S・H・R	年	月	日
対象者		既往歴				年齢
乳児 幼児 妊婦 産婦 高齢者 障害者 その他（		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（				歳
現在治療中の病気			内服薬		血圧	
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（		最高 最低	
食事制限		健康相談時の自覚症状				
なし あり 内容（ 水分（		健康相談受診日： 月 日				

※以下は栄養相談時に使用する

栄養欠乏症状			1日の食事回数			食欲	水分摂取状況
体重減少 口内炎 口角炎 皮膚のあれ 疲労感 貧血症状 便秘 下痢 頻尿 その他（			1回 2回 3回 その他（			あり なし	（ ） ml
避難所の食事提供状況		身体状況	生活習慣		身体活動		乳児の場合
朝： 炊出し 弁当 他（		※無理に聞き取らない	全日避難所		I 低い		母乳 ミルク
昼： 炊出し 弁当 他（		身長 cm	昼間は外出		II ふつう		混合 離乳食
夕： 炊出し 弁当 他（		体重 kg	その他（		III 高い		その他
相談内容				支援内容			

今後の支援方針⇒方針について駐在する職員に連絡 職名： 名前：

<input type="checkbox"/> 栄養指導支援が必要（ 継続 ・ 随時 ・ 特別用途食品等提供 ・ その他（ ） ）
<input type="checkbox"/> 提供する食事に配慮が必要（ 離乳食 ・ アレルギー対応食 ・ 慢性疾患 ・ 嚥下困難 ）
<input type="checkbox"/> 特に支援の必要なし（一般的な食事提供で可能）

※他職種に引き継ぐ必要がある場合のみ記入

引き継いだ人の名前： 職名： 内容：

【経過要旨】

日時	相談内容	支援内容