**健　康　相　談　票　　　　　　参考様式３**

相談実施場所：避難所（　　　　　）　・　自宅

　　　　　　　仮設住宅（　　　　）　・　その他（　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者区分 | | 成人・障がい者（身体・知的・精神）・高齢者・難病・その他 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 相談月日：　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | 記入者：　　　　　　　　（所属　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 相談方法 | | 巡回相談・家庭訪問・面接・電話・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | 性別  男・女 | | | 生年  月日 | | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  　　年　　月　　日　（　　　歳） | | | |
| 住所 | | 自　宅：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話  避難先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | | | |
| バイタルサイン：体温　　　℃　・　脈拍　　　回／分　・　血圧　　　　～　　　mmHg | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度・障害支援区分等 | | | | | 要介護：　　　　　　　　障害支援区分： | | | | | | | | | | | | |
| ケアマネージャー情報 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主  訴 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自  覚  症  状 | 循環器症状：めまい・動悸・胸痛・他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  消火器症状：下痢・便秘・胃や腹痛・吐き気・嘔吐・他（　　　　　　　　　　　）  精神症状：不眠・不安・いらいら・抑うつ・記憶力低下・他（　　　　　　　　　）  その他：発熱・頭痛・咳・喉の痛み・頻尿・残尿・肩こり・頭痛・湿疹かゆみ・発赤・  倦怠感・歯の痛み・かめない・飲みにくい・他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既  往  症 | 心疾患  脳血管疾患  高血圧  糖尿病  その他（　　　　　　　） | | | | | | 治療中 | | | 疾患名：  治療状況：  　　　　　※服薬：中断・継続  医療機関： | | | | | | | |
| 日  常  生  活  状  況 |  | | 移動 | 着脱 | | 排泄 | | | | | 意思  疎通 | | 清潔保持 | | | 食 事 | |
| 全身 | | 口腔内 |  | 形態等 |
| 自立 | |  |  | |  | | | | |  | |  | |  |  | 普通  やわらかめ  ペースト状  入れ歯  （ 有・無 ） |
| 一部介助 | |  |  | |  | | | | |  | |  | |  |  |
| 全介助 | |  |  | |  | | | | |  | |  | |  |  |
| 備考  （器具） | |  |  | |  | | | | |  | |  | |  |  |
| その他　　介護者の（　有・無　）　認知症・福祉避難所の必要性の有無など | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指  導  等 | 関係機関への連絡の有・無（連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　）  連絡内容： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今後の計画（　継続・終了　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他（　移送方法等　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**健　康　相　談　票　　　　　参考様式３**

相談実施場所：避難所（　　　　　）　・　自宅

　　　　　　　仮設住宅（　　　　）　・　その他（　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者区分 | | 乳児・幼児・学童等・妊産婦・その他 | | | | | | |
| 相談月日：　　　　年　　月　　日 | | | | 記入者：　　　　　　　　（所属　　　　　　　　　） | | | | |
| 相談方法 | | 巡回相談・家庭訪問・面接・電話・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | 性別  男・女 | | 生年  月日 | Ｓ・Ｈ・Ｒ  　　年　　月　　日　（　　　歳） |
| 住所 | | 自　宅：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話  避難先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | |
| バイタルサイン：体温　　　℃　・　脈拍　　　回／分　・　血圧　　　　～　　　mmHg | | | | | | | | |
| 主  訴 |  | | | | | | | |
| 症  状 | １ 痛み　　　 なし　あり(部位　　　 　） ６ 皮膚症状　なし　あり(　　　　　　)  ２ 発熱　　　 なし　あり(　　　　　 ℃） ７ 食欲　　　なし　あり  ３ 風邪症状　 なし　あり　　　　　　　　 ８ 咀嚼　　　良　　不良  ４ 胃腸症状　 なし　あり　　　　　　　　 ９ その他(　　　　　　　　　　　　 )  ５ 外傷　　　 なし　あり(部位　　　　 ) | | | | | | | |
| 精  神  状  態 | １ 眠れない　　　　　　　　　　　　　５ やる気がわかない、活力がない  ２ 気分がすぐれない　　　　　　　　　６ 普段より疲れる  ３ 落ち着かない、そわそわする　　　　７ イライラする  ４ 気分が沈む、憂鬱　　　　　　　　　８ その他( ) | | | | | | | |
| 既  往  症 |  | | 治療中 | | | 疾患名：  治療状況：  　　　　　※服薬：中断・継続  医療機関： | | |
| 生  活  困  難 | １ 水　　　　　　　５ トイレ　　　　　　９ ゴミ  ２ 食事　　　　　　６ 風呂　　　　　　　10 ペット  ３ 衣服　　　　　　７ 換気　　　　　　　11 騒音  ４ 冷暖房　　　　　８ 臭気　　　　　　　12 その他 | | | | | | | |
| 必  要  物 | ミルク（　　　　　　　）　　 バスタオル  　オムツ（　　　　　　　）　 　生理用品  　ウエットティッシュ　　　　　 その他（　　　　　　　　　）  　離乳食  　哺乳瓶・マグ | | | | | | | |
| 指  導  等 | 関係機関への連絡の有・無（連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　）  連絡内容： | | | | | | | |
| 今後の計画（　継続・終了　） | | | | | | | | |
| その他（　移送方法等　） | | | | | | | | |