

健康相談票(共通様式)		方法		対象者		担当者（自治体名）			
初回 ・ （ ） 回		・ 面接 ・ 訪問		乳児 幼児					
保管先		・ 電話		妊婦 産婦 高齢者		相談日		年 月 日	
		・ その他		障害者		時間			
				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			
						自宅			
	①現住所			連絡先		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			
						独居 ・ 高齢者独居 ・ 高齢者のみ世帯			
	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					家族問題あり（ ）			
被災の状況	被災の状況					制度の利用状況			
						・ 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）			
身体的・精神的な状況	家に帰れない理由					・ 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、		高血圧、高脂血症、		なし ・ あり（中断 ・ 継続） 内服薬名（				
	高脂血症、糖尿病、		糖尿病、心疾患、		医療器材・器具		医療機関名		
	心疾患、肝疾患、		肝疾患、腎疾患、		在宅酸素 ・ 人工透析		被災前：		
	腎疾患、精神疾患、結核、難病、		精神疾患、結核、難病、アレルギー、		その他()		被災後：		
	アレルギー、その他		その他		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 ()				
日常生活の状況	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			
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			