

健康相談票

初回・()回

保管先

方法 ・面接 ・その他 ()	対象者 ・乳幼児 ・ねたきり ・高齢者	・妊産婦 ・難病 ・その他	担当者(立場)
			相談日: 年 月 日 場 所:

基本的な状況	氏名					生年月日	M・T・S・H 年 月 日	歳
	元住所	連絡先						
	①現住所	連絡先						
	②新住所	連絡先						
	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						家族について	
	被災の状況							
	家に帰れない理由:(自宅倒壊・ライフライン不通・恐怖・避難勧告・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、医療 機材・器具	医療機関		
	現在の状態(自覚症状)					具体的自覚症状(参考) 頭痛・頭重／不眠／倦怠感 吐き気／めまい／動悸・ 息切れ／肩こり／関節痛・腰痛 目の症状／咽頭の症状 咳／痰／便の性状／食欲 体重減少／精神運動減退 空虚感／不満足／決断力低下 焦燥感／ゆううつ／朝方ゆううつ 精神運動興奮／希望喪失／悲哀感		
日常生活の状況		食事	移動	着脱	排泄	意思疎通	保清	その他
	自立							認知症等の有無
	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				指導内容			
					今後の計画 解決 継続			