

被災者健康相談票(保健師等様式)

本様式に記入した内容は「被災者台帳」のデータベース等に入力する必要は無い
ただし、本様式に記入した情報は、本人同意があった提供先のみに提供が可能

身体的・精神的な状況

既往歴 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 ()	現在治療中の病気 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 ()	内服薬 なし ・ あり(中断 ・ 継続) 内服薬名()	
		医療器材・器具	医療機関名
		在宅酸素 ・ 人工透析 その他()	被災前： 被災後：
		食事制限	血圧測定値
		なし あり 内容 () 水分 ()	最高血圧： 最低血圧：
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	

日常生活の状況

	食事	保清	衣類の着脱	排泄	移動	意思疎通	判断力・記憶	その他
自立								
一部介助								
全介助								
備考 必要器具など								

個別相談内容

相談内容	支援内容
	今後の支援方針 解決・継続