健康相談個人票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 報告日時 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | | （ |  | | ） |  | 時 |  | 分 |
| 施設名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 報告者 |  | | | | | | 連絡先 | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. |  | | 方法 | | | | 対象者 | | | | | | | | 担当者（自治体名） | | | | |
| □初回　□（　）回目 | | | □面接　□訪問  □電話  □その他  （　　　　　） | | | | □高齢者　□障害者  □医ケア・難病  □乳幼児　□妊産婦  □その他（　　　　　　） | | | | | | | |  | | | | |
| 保管先 | | | 相談日 | | |  | |
|  | | | 時間 | | |  | |
| 場所 | | |  | |
| 基本的な状況 | 氏名（フリガナ） | | | | | | 性別 | | | | | 生年月日 | | | | | | | |
|  | | | | | | □男　□女 | | | | | 年　　月　　日（　　歳） | | | | | | | |
| 被災前住所 | | | | | | 連絡先 | | | | | | | | 避難場所 | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | □自宅  □自宅外（　　　　　　）  （避難所名：　　　　　） | | | | |
| ①現住所 | | | | | | 連絡先 | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |
| ②新住所 | | | | | | 連絡先 | | | | | | | | 家族状況 | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | □独居　□高齢者のみ  □家族問題あり  （　　　　　　　　　　） | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 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）  □その他（　　　　　　　） | | | | |
| 家に帰れない理由 | | | | | | | | | | | | | |
| □自宅倒壊　□ライフライン不通　□避難情報　□精神的要因  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 身体的・精神的な状況 | 既往歴 | | | 現在治療中 | | | | 内服薬 | | | | | | | | | | | |
| □高血圧  □脳血管疾患  □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 | | | □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（　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 医療器具・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 | | | | | | | | |
| □なし  □あり | | 内容（　　　　　　　　）  水分（　　　　　　　　） | | | | | | | 血圧測定値 | | |
| 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 |  | | |  |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 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 | | |  | | | | | |
| [栄養：要][歯：要] | | | | | | | | |

※継続で栄養士または歯科関係者の支援が必要な場合、要に○をつける