

様式 5-①

栄養相談記録票

				NO				
		種別	・面接 ・TEL ・訪問	・その他	対象者	・乳幼児 ・妊産婦 ・成人	・ねたきり ・難病 ・その他	
氏名	男 ・ 女	M. T. S. H			連絡先			
		年 月 日 (歳)			避難所			
①現居所	市町村 丁目 番 号 (TEL -)			連絡先				
②新居所	市町村 丁目 番 号 (TEL -)			連絡先				
相談者	氏名	続柄 ()		市町村 丁目 番 号 (TEL -)				
既往症				現病歴治療状況	医療機関名 主治医 現在の服薬状況 (中断・継続) 薬品名 ()			
自覚症状	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛、頭重 ・不眠 ・倦怠感 ・吐き気 ・めまい ・動悸、息切れ ・肩凝り ・関節、腰痛 ・目の症状 ・咽頭の症状 		<ul style="list-style-type: none"> ・せき ・たん ・便の症状 ・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 		<ul style="list-style-type: none"> ・ゆううつ ・朝方抑うつ ・精神運動興奮 ・希望喪失 ・悲哀感 ・口腔内症状 ()		被災状況 全壊 半壊 なし ()	
							家族状況	
相談内容				指導内容				
食事状況 ・食欲 有 ・ 無 ・食事制限 有 ・ 無 (具体的) ・主な食事内容 () ・水分摂取状況 ()				今後の支援計画 解決 継続				

出典：熊本県災害時栄養管理ガイドライン