様式４

＊必要に応じて 避　難　所　⇒　情報集約先

栄養に関する健康相談票相談日： 　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. |  | 担当者名 |  |
| 種　別 | ・面接　→避難所名、または住所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・電話番号（　　　　　　　　　　　）　　・その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 相談者氏名 |  | | |
| 対象者 | ・本人  ・本人以外　→　氏名（　　　　　　　　　　　　　）　（続柄：　　　　　　　） | | |
| ※以下は、対象者の方についてご記入下さい。 | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　（　　　）年（　　　）月（　　　）日　（　　　）歳 | | |
| 対象者属性 | ・乳幼児　・妊婦　　・授乳婦　・食物アレルギー | | |
| 現病歴 | ・糖尿病　・高血圧　・腎臓病　・その他（　　　　　　　　　　 　） | | |
| 現病歴の  治療状況 | 現在の服薬状況（　中断　・　継続　・　無　）  薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| これまでの  食事制限 | 食事制限　　（　　有　　・　　無　　）  具体的な制限内容　 （ 　　　　　　　　　　　　 ） | | |
| 現在の  自覚症状 | ・発熱　　・吐き気　　・便秘　　・下痢　　・口腔内症状（　　　　　　　　　）  ・歯に関する症状　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 現在の  食事内容 | 乳児の場合　　（ 母乳　　・　　粉ミルク　・　　混合 ）  離乳食　 （ 開始　　・　　未開始 ） | | |
| 子ども・成人・妊婦・授乳婦・高齢者の場合  （主食　・　たんぱく質を多く含む食品（肉、魚、卵、乳類等）　・　野菜　・　果物）  具体的な食事内容 （　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | |
| 1日の食事回数（　1回 　・　2回 　・　3回 　・　その他（　　　 　　　　）） | | |
| 食欲　　　　　（　　有　　・　　無　　） | | |
| 水分摂取状況　（　　　　　　　　　　ml） | | |
| 身体活動 | （　ほとんど動かない 　・　普通　　・よく動く　　） | | |
| 相談内容  （困っていること等） |  | | |
| 指導内容 |  | | |
| 今後の支援計画 | （　解決　・　継続　） | | |