様式7-1-1（表面）「佐賀県災害時栄養・食生活支援ハンドブック」内シート

栄養・食生活相談票

相談日　　　年　　月　　日(　 曜日) 　　　　　　　　　　　　　　避難所等名:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 | 元の住所 | 被災前の居住地 |
|  |  |
| 既往歴 |  | 治療状態 | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　現在の服薬状況（　中断・継続　）薬品名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生活習慣 | □　全日避難所生活□　昼間は仕事被災場所片づけ*
 | 身体状況 | ※無理な聞取りはしない身長　　　　 ｃｍ体重　　　　　　㎏　　　 | 普段の血圧 | ※無理な聞取りはしない収縮時　　　　　㎜Hg拡張時　　　　㎜Hg |
| 身体自覚症状 | * 頭痛、頭重
* 不眠
* 倦怠感、疲労感
* 吐き気
* めまい
* 動悸、息切れ
* 肩凝り
* 関節、腰痛
* 目の症状
* せき、たん
*
 | 栄養欠乏症状 | * 体重減少
* 口内炎
* 口角炎
* 皮膚のあれ
* 疲労感
* 貧血症状
* 便秘
* 下痢
* 頻尿
*
 | 食事等の状況 | 避難所の食事提供状況朝　□炊出し　□他昼　□炊出し　□他夕　□炊出し　□他 |
| 食欲□有　　□無食事制限□有　　□無内容　　　　　　　　　　水分摂取　　□良好　□不足　 |
| 相談内容 |  |
| 指導内容 |  |
| 栄養・食生活支援ニーズの判断□①栄養指導支援が必要（□継続　□随時　□特別用途食品等提供　　　　　　　　　　　）□②提供する食事に配慮が必要（□離乳食　□アレルギー対応食　□慢性疾患　□嚥下困難 ）□③特に指導の必要はなし（一般的な食事提供で可能）⇒上記①②について、駐在する避難所職員に連絡　職名: 氏名:  |

様式7-1-1（裏面）「佐賀県災害時栄養・食生活支援ハンドブック」内シート

栄養・食生活相談票(経過要旨)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 避難所 |  | ふりがな氏名 |  | № |
| 月　日 | 相談内容 | 指導内容 | 担当者 |
|  |  |  |  |