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 |
|  |  | |  |  |