

相談記録書 (緊急災害時版)

受付者： ()

相談日	年 月 日 (AM・PM : ~ :)		
ふりがな	生 年 月 日		
利用者名	男・女	年 月 日 歳	
場 所	<input type="checkbox"/> 避難所 () <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 仮設住宅 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
連絡先	<input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 仮設住宅 <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> その他 () 〒 _____ 電 話： _____		
既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [_____]	現在の医療情報	<input type="checkbox"/> 通 院 () <input type="checkbox"/> 投 薬 () <input type="checkbox"/> その他 [_____]
福祉サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： サービス内容 () 事業者等 ()		
相談内容	必要な物資 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 食糧 <input type="checkbox"/> 衣服 <input type="checkbox"/> 寝具等 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 衛生用品 <input type="checkbox"/> 新聞・書籍等 <input type="checkbox"/> 筆記用具 <input type="checkbox"/> その他 [_____] 改善を希望する生活環境等 <input type="checkbox"/> 冷・暖房 <input type="checkbox"/> 換気(臭気) <input type="checkbox"/> 騒音 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂 <input type="checkbox"/> プライバシー・空間 <input type="checkbox"/> その他 [_____] 必要な支援等 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排せつ <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 話し相手 <input type="checkbox"/> その他 [_____] 精神面の状況等 <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 不安が大きい <input type="checkbox"/> 気分が沈みがち <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> その他 [_____]		
対 応	<input type="checkbox"/> 対本人 () <input type="checkbox"/> 対家族 () <input type="checkbox"/> 対関係機関 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
特記事項	 		