

個別相談票

様式2 [個別相談票(表)]

方法	面接・訪問・電話・その他	対象	乳児・幼児・妊婦・産婦・高齢者・障害者・その他	ヨウ素	服用(有・なし)	
調査年月日	黒 1回目 年 月 日 : ~ : 場所	担当者				
	青 2回目 年 月 日 : ~ : 場所	担当者				
	赤 3回目 年 月 日 : ~ : 場所	担当者				
基本的な状況	氏名(フリガナ)	性別	生年月日 M・T・S・H・R	年 月 日	年齢	
	①現住所	連絡先	避難場所 自宅 自宅外(車・テント・避難所) (避難所名:)			
	②新住所	連絡先				
	情報源、把握の経緯/相談者がいる場合、本人との関係・連絡先	家族状況 独居・高齢者独居・ 高齢者のみ世帯				
	被災の状況	ジェノグラム 医療的ケア 酸素療法・透析・人工呼吸器・ インシュリン・アレルギー				
	家に帰れない理由 自宅倒壊・ライフライン不通・避難勧告・精神的要因(恐怖など) その他()	家族問題(有・なし)				
既往歴	高血圧、脳血管疾患、脂質異常症、DM、心疾患、肝疾患、腎疾患 精神疾患、結核、難病() その他() 認知症・認知機能低下					
身体的・精神的な状況	現病歴・内服等	高血圧 内服(有・なし) 薬剤名() 家庭血圧(/) 福祉用具使用() 脂質異常症 内服(有・なし) 薬剤名() ベッドの有無 DM 内服(有・なし) 薬剤名() インスリンの有無 心疾患 内服(有・なし) 薬剤名() ペースメーカーの有無 肝疾患 内服(有・なし) 薬剤名() 腎疾患 内服(有・なし) 薬剤名() 透析(有/W・なし) 精神疾患 内服(有・なし) 薬剤名() 入院歴の有無・うつ・対人困難等 結核 内服(有・なし) 薬剤名() 難病 内服(有・なし) 薬剤名() 呼吸器疾患 内服(有・なし) 薬剤名() 在宅酸素(有・なし) 喘息の有無 その他 内服(有・なし) 薬剤名()				
	女性	妊娠(有 予定日・なし・不明) 妊娠 週 産婦・乳児(月) 産科医療機関() 妊娠中毒症の有無(高血圧・DM・浮腫) 母乳・混合・ミルク 母子手帳(手元にあり・自宅にあり・取得していない・不明) 離乳食(初期・中期・後期・完了期)				
	現在の状況	番号	いつから	継続・消失(いつまで)	アレルギーの有無	
			年 月 日	継続・消失(. .)	なし・あり()	
			年 月 日	継続・消失(. .)	エピペンの常備(なし・あり)	
			年 月 日	継続・消失(. .)	特記事項	
			年 月 日	継続・消失(. .)		
		①腹痛 ②嘔吐 ③下痢 ④発熱(°C) ⑤咳 ⑥便秘 ⑦食欲不振 ⑧頭痛 ⑨不眠・不安 ⑩歯痛 ⑪倦怠感 ⑫めまい ⑬動悸・息切れ ⑭肩こり ⑮目の異常 ⑯咽頭の症状 ⑰体重減少 ⑱その他()				
	日常生活の状況	食事	保清	衣類の着脱	精神症状(興奮・妄想・パニック・強度の不安 他) エコノミー症候群のリスクの有無 脱水のリスク(水分不足・めまい・吐き気・頭痛 他)	
	血圧	自立				今後の支援方針 解決・継続
一部介助						
全介助						
	備考 必要器具					

裏面あり(妊婦・産婦・乳幼児追加項目)

妊婦・産婦・乳児・幼児追加項目

《記載》 年 月 日

氏名(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 産婦 <input type="checkbox"/> 乳児(生後 日・か月) <input type="checkbox"/> 幼児(歳)		家族構成 (同居人 人) ジェノグラム
妊産婦共通	現在の症状に○、状況を記載(バイタルサインは必要時) バイタルサイン 血圧 / 、体温 °C 《妊婦のみ》 <input type="checkbox"/> 出血() <input type="checkbox"/> 腹筋時の腹痛() <input type="checkbox"/> 腹緊 <input type="checkbox"/> 破水 <input type="checkbox"/> (22週以降)胎動の変化() 《共通》 <input type="checkbox"/> 浮腫(部位) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 眼華閃発(目の前がチカチカ) <input type="checkbox"/> 帯下の増加 <input type="checkbox"/> 排尿痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 悪露の急な増加 <input type="checkbox"/> 会陰切開部の痛み(発赤・腫脹・浸出液) <input type="checkbox"/> 帝切部の痛み (発赤・腫脹・浸出液) <input type="checkbox"/> 乳房トラブル(緊張・痛み・しこり・その他)		《こころ》 <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 気が滅入る <input type="checkbox"/> やる気が起きない <input type="checkbox"/> 不安感が強い <input type="checkbox"/> 涙が出てくる <input type="checkbox"/> 子どもについ当たってしまうことが増えた <input type="checkbox"/> その他
□妊婦	出産予定日(現在の大よその妊娠週数) 年 月 日(現在 週)	出産予定機関	
	通院医療機関(主治医名)	妊娠・出産歴(今回含まない) 妊娠()回、出産()回	
	今回の妊娠歴、特記事項 切迫流・早産(週頃)・妊娠高血圧症候群 前置胎盤・その他()	※過去の妊娠・出産歴、特記事項 切迫流・早産(週頃)・妊娠高血圧症候群 前置胎盤・その他()	
□産婦	出産日(出産週数) 年 月 日(週)	出産病院	出産方法 経膈・帝切
	分娩時・分娩後の状況 出血(多量・輸血)・その他		
□乳児・幼児	出生日(出産週数) 年 月 日(週 日)	出生体重 g	主たる育児者
	出生後・その後の特筆事項		
	予防接種歴 <input type="checkbox"/> MR1回目 <input type="checkbox"/> MR2回目 <input type="checkbox"/> その他		
	栄養状況(含む離乳食の状況) <input type="checkbox"/> 離乳食(1回 2回 3回 完了) <input type="checkbox"/> 普通食		
	現在の症状に○、状況を記載(バイタルサインは必要時) バイタルサイン 血圧 / 、体温 °C <input type="checkbox"/> 哺乳力の低下 <input type="checkbox"/> 食欲の低下 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢(泥状 水様便 回/日) <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 湿疹(場所:) <input type="checkbox"/> おむつかぶれ		
相談内容	<input type="checkbox"/> 夜泣き <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 音に敏感 <input type="checkbox"/> 赤ちゃん返り <input type="checkbox"/> 無気力・無表情 <input type="checkbox"/> 爪かみ <input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> 夜尿 <input type="checkbox"/> パニック <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> その他		
	支援内容 今後の支援方針 (終了・継続)		

