

災8 栄養相談記録票

初回・（ ）回目

保管先

方法	対象者	担当者
		相談日・場所
		日時： 場所：

基本情報	氏名	男・女	生年 月日	M・T・S・H 年 月 日	歳
症状	1腹痛 2下痢 3発熱 5その他（ ） 6なし				
相談項目	1母子 2生活習慣 3その他疾患 4その他	離乳食・乳幼児・母性 腎臓・糖尿病・高血圧 特定疾患（ ）・かぜ・アレルギー 高齢者・下痢・便秘			
相談内容					
調理器具	器具名	数量	炊き出しの状況		
	電気炊飯器		1あり 2なし		
	カセットコンロ				
	電気ポット		○頻度		
	トースター		○調理場所		
	電子レンジ		○主なメニュー		
	その他				
	水				
	ガス				
その他					
避難所の状況 ・問題点等					
今後 希望するもの					
今後の 支援計画	解決・継続				