

栄養相談記録票《個別》		方法		対象者		担当者(自治体名)				
初回・( )回		<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 訪問		<input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 幼児		相談日 年 月 日				
保管先		<input type="checkbox"/> 電話		<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 産婦 <input type="checkbox"/> 成人		時間				
		<input type="checkbox"/> その他:		<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者		場所				
				<input type="checkbox"/> その他:						
基本的な状況	氏名(フリガナ)		性別	生年月日			年齢			
			男・女	T・S・H・R 年 月 日			歳			
	被災前住所		連絡先		避難場所					
現住所		連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外: <input type="checkbox"/> 車・ <input type="checkbox"/> テント・ <input type="checkbox"/> 避難所 避難所名:						
相談内容	栄養食生活(・糖尿病・高血圧・腎臓病・その他) 食物アレルギー 嚥下困難 歯・口腔内疾患等									
服薬の有無	服薬(あり・なし)		薬剤の残量							
	現在の服薬状況(中断・継続)		<input type="checkbox"/> 残量なし <input type="checkbox"/> 残り 日分 あり							
食事制限	食事制限(有・無) 具体的な制限内容(減塩食 g/日以下 指示エネルギー kcal/日・たんぱく質 g/日 その他									
現在の自覚症状	発熱 吐き気 便秘 下痢 食欲不振 味覚の変化 体重増加 体重減少 むくみ									
	入れ歯・歯の不具合( ) 口腔内の症状( ) その他( )									
乳幼児の食事内容	乳児の場合(母乳・粉ミルク・混合)									
	離乳食(開始・未開始)									
・乳児 ・幼児 ・妊婦 ・授乳婦 ・成人 ・高齢者 ・障がい者の 食事状況	調査した食事(前日の食事状況・ここ2~3日の食事状況・他;					備考欄				
	以下記入 ○:食べている △:時々食べている ×:食べていない									
		朝	昼	夕	間食			平常時との比較		
	主食							多い	同じ位	少ない
	主菜							多い	同じ位	少ない
	野菜							多い	同じ位	少ない
	果物							多い	同じ位	少ない
菓子					多い	同じ位	少ない			
水分摂取	平常時と比べて(多い 同じ位 少ない)									
身体活動	1日座位 寝ていることが多い 身体を動かしている									
相談内容										
指導内容										
今後の支援計画	<input type="checkbox"/> 解決・終了 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 特殊栄養食品の必要性:									