

被災者健康相談票

| | | |
|--------------------------------|--|---|
| 相談日 年 月 日 () | 担当者 | |
| 相談場所 | | |
| 住所 連絡先 | | |
| 氏 名 | (男・女) (生年月日 年 月 日) | |
| 相 談 内 容 | (ここに相談内容を記入してください) | |
| 自 覚 症 状 | 〈身体面〉 1 睡眠障害 (強い あり なし) 2 頭痛、筋肉痛、共通 (強い あり なし) 3 だるい、めまい、吐き気 (強い あり なし) 4 食欲不振、過食 (強い あり なし) 5 下痢、胃痛 (強い あり なし) 6 動悸、発汗、過呼吸 (強い あり なし) 7 持病の悪化 (強い あり なし) 8 アルコール、睡眠薬の過度の使用 (強い あり なし) | 〈精神面〉 1 希死念慮 (強い あり なし) 2 自殺企図 (あり なし) 3 辛い体験をありありと思い出す、悪夢 (強い あり なし) 4 ひどくぼんやりとする、もの忘れ (強い あり なし) 5 幻覚妄想 (強い あり なし) 6 著しい興奮 (強い あり なし) 7 激しい怒り、自傷、他者への攻撃 (強い あり なし) 8 徘徊や意識障害 (強い あり なし) |
| 既往歴： あり なし | | 現病歴： あり なし 治療状況： 医療機関名 主治医 |
| 被災状況： 家屋全壊 家屋半壊 なし その他 | | |
| 家族の状況 (サポート体制) | | |
| 今後の支援計画： 要医療 経過観察 特になし | | |
| 備 考 | | |