

【様式4 問診票】

		福祉避難所		受付番号		記入日										
問診票		対象														
		乳児		幼児		高齢者		障害者								
		妊婦		産婦		その他（ ）										
基本的な状況	氏名（フリガナ）		性別		生年月日		年齢									
					年 月 日											
	緊急連絡先															
	フリガナ				続柄		電話番号									
	氏名															
	住所															
	制度の利用状況															
	介護保険（介護度 ）		身体障害者手帳（ 級）		療育手帳（ 級）											
	精神保健福祉手帳（ 級）		その他（ ）													
	身体的・精神的な状況	既往歴			現在治療中の病気											
高血圧		脳血管疾患		高脂血症		高血圧		高脂血症		糖尿病						
糖尿病		心疾患		肝疾患		心疾患		肝疾患		腎疾患						
腎疾患		精神疾患		結核		精神疾患		結核		難病						
難病		アレルギー		－		アレルギー		－		－						
その他（ ）						その他（ ）										
内服薬			医療機材の有無													
あり		なし		在宅酸素		人工透析										
内服薬名（ ）				その他（ ）												
かかりつけ医			食事制限													
			あり		なし											
			内容（ ）													
現在の状態			自覚症状													
			頭痛（頭重）		不眠		倦怠感		吐き気							
			めまい		動悸（息切れ）		肩こり		目の痛み							
			咽頭の痛み		発熱		便秘・下痢		食欲							
			体重減少		精神運動減退		空虚感		不満足							
			決断力低下		焦燥感		憂鬱		精神運動興奮							
			希望喪失		悲哀感		その他（ ）									
日常生活の状況	食事		保清		衣類の着脱		排泄		移動		意思疎通		判断力・記憶		その他	
	自分でできる															
	一部補助がある															
	一人ではできない															
個別相談活動	相談内容						支援内容									